PIELĘGNIARKA POLSKA

MIESIĘCZNIK POLSKIEGO STOWARZYSZENIA PIELĘGNIAREK ZAWODOWYCH

Rok IX 1937 Nr 11

Pielęgniarka Polska Nr. 11

TREŚĆ:

L'Infirmière Polonaise Nr. 11

SOMMAIRE:

Adres Redakcji i Administracji:

Kraków, ul. św. Krzyża L. 11.

Cena prenumeraty:

rocznie 6 zł. kwartalnie 2·00 zł. miesięcznie 70 gr.

Przy zaległościach w prenumeracie zł. 8 rocznie

Konto P. K. O. 409.450.

Rok IX Listopad 1937 Nr 11

PIELĘGNIARKA POLSKA

CZASOPISMO POLSKIEGO STOWARZYSZENIA PIELĘGNIAREK ZAWODOWYCH

WYCHODZI POD REDAKCJĄ HANNY CHRZANOWSKIEJ I MARII STAROWIEYSKIEJ

Kongres Międzynarodowej Rady Pielęgniarskiej

Tegoroczny Kongres Międzynarodowej Rady Pielęgniarskiej, ósmy z rzędu, odbył się w Londynie, w dniach 18—24 lipca, przy udziale około 4.000 pielęgniarek, członkiń poszczególnych narodowych stowarzyszeń, należących do Rady, jest ich w chwili obecnej 40.

Kongres poprzedziły zebrania Zarządu Międzynarodowej Rady Pielęgniarskiej, składającego się z prezydium i prezesek stowarzyszeń, należących do M. R. P., oraz zebrania Rady Głównej, tej najwyższej władzy międzynarodowego stowarzyszenia, w skład której wchodzi Zarząd i po cztery delegatki narodowych stowarzyszeń z prawem głosu. Wszystkie wnioski i uchwały Zarządu muszą uzyskać aprobatę Rady Głównej. Na plenarnych posiedzeniach podaje się do wiadomości uczestniczkom kongresów uchwały, wyniki wyborów, sprawozdania Zarządu i komisji, lecz dyskusje nie są przewidywane; byłyby nie do przeprowadzenia wobec tak licznych liczbowo kongresów.

Poza Zarządem i Radą Główną pracowały jak zawsze komisje, których członkinie, przedstawicielki różnych narodowości, stale porozumiewają się w okresach między kongresami drogą korespondencji.

Specjalnie pracowitą była ostatnio komisja wychowawcza, która, po przedyskutowaniu plonu pracy lat ubiegłych wyrażonego w raporcie o zasadniczych wytycznych przy układaniu programów dla szkół pielęgniarstwa, postanowiła, że w latach najbliższych, po przestudiowaniu warunków rozwoju pielęgniarstwa w różnych krajach, przystąpi do opracowania ogólnego zarysu wyższych kursów uzupełniających dla dyplomowanych pielęgniarek, będących na kierowniczych stanowiskach, a zwłaszcza zatrudnionych jako dyrektorki i instruktorki w szkołach pielęgniarstwa.

Komisja pielęgniarstwa społecznego odbyła również szereg posiedzeń i postanowiła zbadać warunki pracy pielęgniarek społecz-

nych w różnych krajach; w tym celu koniecznym jest zawiązanie takichże komisji przy narodowych stowarzyszeniach.

Komisja Fundacji Fl. Nightingale, której zadaniem jest organizowanie dalszego kształcenia pielęgniarek, obradowała w ciągu tygodnia poprzedzającego zebrania Zarządu. Po przyjęciu raportów narodowych komitetów, dyskutowano raport specjalnej podkomisji wyższych studiów na kursach Fundacji Fl. N. Dotychczas kursy te odbywały się w Bedford College Uniwersytetu Londyńskiego i w Kolegium Pielęgniarstwa, przy czym uwzględniano dwa główne działy: wychowawczy i administracyjny dla przyszłych dyrektorek i instruktorek szkół pielęgniarstwa i dla przełożonych w szpitalach i w dziale pielęgniarstwa społecznego. Postanowiono, że przez najbliższych 5 lat kursy mają być prowadzone nadal według dotychczasowego programu; przez ten czas zbada się możliwości zorganizowania szkoły o wyższym poziomie dla przyszłych kierowniczek różnych działów pracy pielęgniarskiej.

Kongres rozpoczął się w niedzielę nabożeństwami w katedrze Westminster i w anglikańskim kościele św. Pawła.

Uroczystego otwarcia kongresu dokonała ks. Maria, siostra króla Jerzego VI w wielkiej sali Westminsteru, (gdzie też odbywały się wszystkie obrady). Odegrano hymny państw, mających stowarzyszenia należące do Rady w kolejności przyjęcia stowarzyszeń, a więc hymn angielski na pierwszym, polski — na osiemnastym miejscu. Sala była udekorowana flagami o narodowych barwach wszystkich stowarzyszeń. Na otwarciu przemawiali: minister zdrowia, burmistrz Westminsteru, (t. j. tej części Londynu, w której Kongres się odbywał), przedstawiciele stowarzyszeń lekarskich, chirurgów i internistów i prezeska stowarzyszeń kobiecych.

Na drugim plenarnym zebraniu uroczyście przyjęto do Rady stowarzyszenia Szwajcarii, Rumunii i Australii. Znany higienista, dr Newman, który znał osobiście Florencję Nightingale, wygłosił referat na jej cześć.

Program kongresu *) był świetnie opracowany. Jednocześnie pracowały cztery sekcje, na których wygłoszono łącznie 66 referatów.

Tematem, który wywołał najżywsze zainteresowanie, było szkolenie pielęgniarek. Omawiano konieczność wstępnego okresu teorii w szkołach pielęgniarskich przed skierowaniem słuchaczek na praktyczne zajęcia do szpitala, co w wielu krajach jeszcze nie istnieje, a co nawiasem mówiąc, w Anglii wprowadzono zaledwie przed kilkunastu laty. Metody nauczania w szkołach pielęgniarskich są zagadnieniem trudnym i bardzo ważnym, gdyż dotyczą nie tylko teorii, lecz także praktycznych zajęć na oddziałach szpitalnych i placówkach pielęgniarstwa społecznego. Stąd wynika konieczność, aby cały personel instruktorski posiadał dodatkowe wykształcenie i przygotowanie pedagogiczne. W systemach nauczania należy uwzględnić fakt, że w szkołach pielęgniarstwa ma się do czynienia z dorastającą lub dorosłą młodzieżą, a nie z dziećmi, dlatego należy stosować metody, oparte na doświadczeniach wyższych uczelni.

Wykłady psychologii i psychiatrii wydają się nieodzownym przedmiotem w szkołach pielęgniarskich i to nie tylko ze względu na przyszłe instruktorki

*) Podany w Nr 4, 1937 „Pielęgniarki Polskiej“ (Przyp. Red.).

i pielęgniarki na kierowniczych stanowiskach, ale na wszystkie pielęgniarki bez wyjątku, gdyż wszystkie mają do czynienia nie tylko z ciałem, ale i z duszą pacjentów, których stan psychiczny przy cierpieniach fizycznych często odbiega od normy.

Rozpatrywano zagadnienia związane z uniwersyteckimi szkołami pielęgniarstwa i stopniem naukowym, będącym w wielu krajach nieodzownym dla dyrektorek i instruktorek szkół. Dalej — zagadnienie, jaki powinien być typ osoby na stanowisku kierowniczym; p. Taylor, wybrana ostatnio prezeską Rady, wygłosiła na ten temat piękny referat.

Zagadnienie pracy pielęgniarek w szpitalach dotyczyło terapii zajęciowej, liczby pielęgniarek w stosunku do pacjentów i czasu potrzebnego na pielęgnowanie jednego pacjenta, — sprawy, zależne w znacznym stopniu od warunków i udogodnień administracyjnych, które wpływają silnie na intensywność pracy pielęgniarek.

Z dziedziny pielęgniarstwa społecznego Królewski Instytut Pielęgniarek przedstawił różne rodzaje pracy na terenie W. Brytanii, ilustrując referaty filmem z życia pielęgniarek i pokazami ich umundurowania, ekwipunku, broszur propagandowych i t. p.

Dużo miejsca i czasu poświęcono zagadnieniu dietetyki, zarówno w życiu rodziny, jak też jako czynnika leczniczego, ujmując dietetykę jako nowy dział pielęgniarstwa, wymagający specjalizacji. Odbyły się też pokazy przyrządzania różnych diet specjalnych.

Kilka referatów omawiało konieczność rejestracji pielęgniarek przez władze państwowe i wprowadzenia ustaw o pielęgniarstwie. Silne zainteresowanie obudziło zagadnienie samorządu słuchaczek w szkołach pielęgniarskich, które wyrabiają poczucie odpowiedzialności, zaprawiają do pracy społecznej i są wielką pomocą dla dyrekcji szkół, są też pomocą koleżeńską dla niezamożnych uczennic.

Piękny referat Miss Breay omawiał rolę pielęgniarki, jako obywatelki w życiu publicznym i parlamencie *). Nowe pola pracy dla pielęgniarek, jako sekretarek instytucyj społeczno-higienicznych lub lekarzy specjalistów, a także zadania redaktorek pism pielęgniarskich obudziły duże zainteresowanie.

Czas wolny od posiedzeń obrócono na zwiedzanie szpitali, ośrodków zdrowia i t. p. w Londynie lub też w najbliższej okolicy.

Sporo czasu zajęły przyjęcia. A więc obie królowe, Elżbieta i Maria podejmowały uczestniczki kongresu w pałacu Buckingham podwieczorkiem, podczas którego przedstawione im zostały delegatki poszczególnych stowarzyszeń. Burmistrz Londynu wydał przyjęcie w gmachu Giełdy, — ceremoniał był tam iście średniowieczny. Minister Zdrowia wydał przyjęcie w Londyńskim Muzeum, gdzie uczestniczki kongresu miały ułatwione zwiedzenie zbiorów historycznych. Również gmach Parlamentu wraz ze wszystkimi salami zabytkowymi był dla nich dostępny.

Na ostatnim, plenarnym posiedzeniu przeczytano uchwały kongresu, prezydium złożyło podziękowanie za niezwykłą gościnność Wielkiej Brytanii,

*) Ob. „Pielęgniarstwo za granicą“, „Pielęgniarka Polska“, Nr 10 b. r.

a ustępująca prezeska Rady, p. Lloyd Still przedstawiła zebranym swą następczynię, p. Effie Taylor, Amerykankę.

Ważniejsze uchwały kongresu są następujące:

Nadano godność członków honorowych Rady pani Beard, dyrektorce departamentu pielęgniarskiego Fundacji Rockefellera, oraz pani Crovell, dyrektorce departamentu pielęgniarskiego na Europę tejże Fundacji, pani Larssen, długoletniej prezesce stowarzyszenia norweskiego, oraz p. Lloyd Still;

wniesiono poprawki do Statutu, (m. in. zniesiono stanowisko honorowej sekretarki, a dodano trzecią wiceprzewodniczącą, oraz postanowiono, że ta sama osoba nie może być powtórnie wybrana prezeską na nową kadencję); przeniesiono sekretariat z Genewy do Londynu;

opłaty roczne członkiń ustanowiono na 4 pensy ang. (około 44 groszy) od członkini, (zamiast poprzednich 8 ct. amer.);

postanowiono wydawanie nadal organu Rady p. t. „Międzynarodowy Przegląd Pielęgniarski", którego prenumerata roczna została ustalona na 8 franków szwajcarskich;

wyrażono życzenie, aby wszystkie kraje wprowadziły rejestrację zawodowych pielęgniarek;

uznano Komitet Fundacji Fl. Nightingale jako stałą komisję Rady;

wyrażono opinię, że praktyka na oddziałach chorób umysłowych winna wchodzić, jako obowiązkowa, do programów szkół pielęgniarstwa;

ponieważ następne posiedzenie Zarządu Rady odbędzie się w r. 1939 w Norwegii, a następny kongres, zgodnie z tradycją — w kraju prezeski Rady, w Stanach Zjedn. w r. 1941, zważywszy, że nie wiele pielęgniarek europejskich będzie mogło wziąć udział w amerykańskim kongresie, postanowiono, że posiedzenie Zarządu w Norwegii połączone będzie z referatami i konferencjami dla ogółu pielęgniarek, które dzięki temu będą miały sposobność zebrać się już za dwa lata.

Na zakończenie posiedzenia, przemówiły przedstawicielki pięciu kontynentów, po czym podano hasło Rady na najbliższe cztery lata, brzmiące **Lojalność.**

A teraz pytanie, co dał kongres uczestniczkom?

Zapoznał je z nowymi kierunkami w zawodzie, usunął różne wątpliwości, jakie nasuwają się przy przeprowadzaniu zmian i wprowadzaniu reform, zapoznał z działami, które w codziennej pracy pozostają nieznane, pobudził do uzupełnienia wiadomości, utwierdził je w przeświadczeniu, że wszystkie pielęgniarki łączy wspólna, wielka idea służby ludzkości, że cel jej jest jasny i prosty: pielęgnowanie cierpiących i nauczanie, jak postępować, by utrzymać zdrowie.

Jadwiga Suffczyńska



Dr. Jerzy Choróbski:

O pielęgnacji chorych neurochirurgicznych szczególnie w przypadkach nowotworów mózgu

Z Oddziału Neurochirurgicznego Kliniki Chorób Nerwowych U. J. P. w Instytucie Chirurgii Urazowej. Kierownik: Prof. Dr K. Orzechowski.

Ogólne prawidła pielęgnacji chorych, dotkniętych chorobami chirurgicznymi mózgu i rdzenia (nowotwór, ropień, uraz mózgu, pewne postacie padaczki, guz rdzenia i t. d.) opierają się na tych samych zasadach, co opieka nad cierpiącymi z powodu schorzeń innych części organizmu ludzkiego. Dla właściwej opieki nad tymi chorymi potrzebne jest jednak zrozumienie kilku zespołów objawów, charakterystycznych dla spraw chorobowych ośrodkowego układu nerwowego, a niespotykanych w cierpieniach innych organów.

Z tych najważniejszy jest zespół objawów wzmożonego ciśnienia śródczaszkowego. Ponieważ mózg, wraz z oponami, otoczony jest zewsząd niepodatnymi w wieku dojrzałym kośćmi czaszki, każde schorzenie mózgu, zwiększające jego objętość, wywołać musi wzmożenie ciśnienia, panującego wewnątrz czaszki. Uraz głowy, uszkadzający wprost lub pośrednio mózg, powoduje — podobnie, jak się to dzieje z każdą inną tkanką ustroju — jego obrzęk. Śródczaszkowy wylew krwi, spowodowany urazem, może być również powodem wzrostu ciśnienia w czaszce. Nowotwory, które są bardzo częstym schorzeniem mózgu i rzadsze od nich ropnie są najczęściej spotykanymi czynnikami, wzmagającymi ciśnienie śródczaszkowe. Pourazowy obrzęk tkanki mózgowej oraz śródczaszkowy wylew krwi wywołują zazwyczaj ostre wzniesienie się ciśnienia wewnątrz czaszki; przy nowotworach, ropniach oraz wodogłowiu powstaje to znacznie wolniej. Rozróżniamy więc ostre i przewlekłe obrazy wzmożonego ciśnienia śródczaszkowego. Objawy nadciśnienia śródczaszkowego zależą głównie od ucisku na rdzeń przedłużony, który jest najważniejszą dla życia częścią układu nerwowego.

Ucisk na rdzeń przedłużony objawia się stopniowo narastającym zwolnieniem tętna (poniżej 70/min.) i oddechu (poniżej 20/min.). Ciepłota ciała i ciśnienie krwi mogą być w początkowych okresach ucisku w granicach normy, chory bywa jednak już wtedy mniej lub więcej zamroczony. Przy dalszym wzmaganiu się ciśnienia w obrębie czaszki i dalszym ucisku na rdzeń przedłużony, tętno i oddech ulegają jeszcze większemu zwolnieniu, a ciepłota ciała i ciśnienie krwi zaczyna się podnosić. Świadomość chorego pogarsza się. Wreszcie, kiedy siły obronne rdzenia przedłużonego zaczną się wyczerpywać, tętno staje się przyśpieszone, mniej pełne, nitkowate, oddech coraz szybszy, trudniejszy, powierzchowny i nieregularny, ciepłota ciała podnosi się ponad 39 stopni, a ciśnienie krwi opada. W okresie tym chory, przedtem zamroczony i nieruchomy, często staje się niespokojny i niekiedy oddaje pod siebie mocz i stolec. Bóle głowy, nudności i wymioty są bardzo ważnymi objawami wysokiego ciśnienia śródczaszkowego, objawy te spotyka się jednak głównie przy powolnym jego narastaniu.

Tylko bardzo dokładna i ciągła obserwacja pielęgniarska jest w stanie wykryć ostre wzmożenie się ciśnienia wewnątrzczaszkowego,

co często rozstrzyga o chwili i rodzaju interwencji chirurgicznej, a tym samym o dalszym losie chorego. Oto przykład potrzeby dokładnej i systematycznej obserwacji chorych oraz stopnia odpowiedzialności pielęgniarki: Chory wraca z sali operacyjnej po wyjęciu nowotworu. Ponieważ operowany był w znieczuleniu miejscowym, jest przytomny, oddech i tętno ma nieco przyśpieszone, ciepłotę ciała — prawidłową, ciśnienie krwi — niskie. Przed zamknięciem czaszki po dokonanej operacji, chirurg zaopatrzył najdokładniej wszystkie broczące naczynia krwionośne i pozostawił pole operacyjne zupełnie suche. Po powrocie chorego do łóżka, ciśnienie krwi, przez zabieg obniżone, podnosi się i uszkodzone, ale nie krwawiące przed chwilą naczynia krwionośne, mogą zacząć broczyć na nowo. W zależności od średnicy naczynia krwawienie może być powolne lub szybkie, powoli więc lub szybko podnosi się ciśnienie wewnątrz czaszki. Sprzyja temu obrzęk tkanki mózgowej, wywołany urazem, nieuniknionym podczas operacji w mózgu. Rzecz jasna, że chirurg, powiadomiony w porę o stanie chorego i o objawach, zauważonych przez dyżurującą pielęgniarkę, ma często możność załagodzenia jeszcze zła i wyratowania chorego od pewnej śmierci.

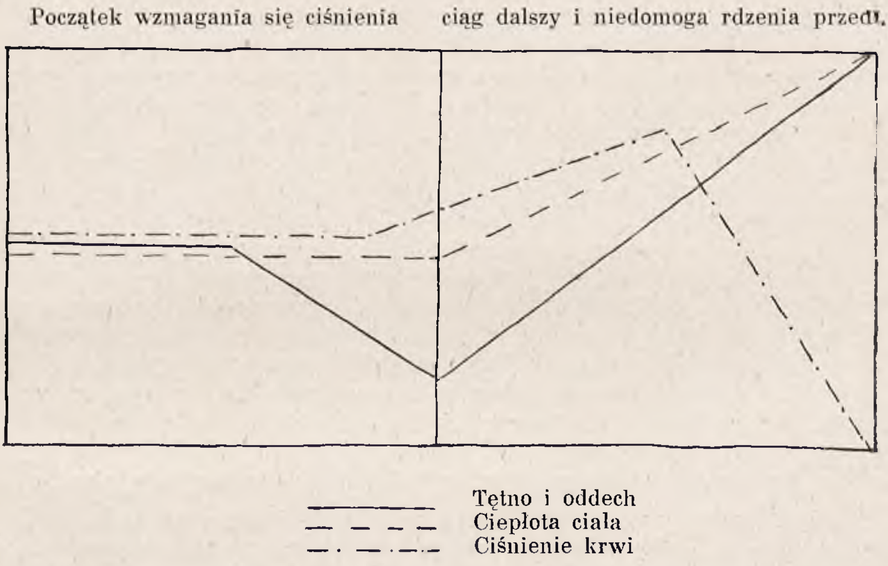
Badanie stanu tętna i oddechu powinno się przeprowadzać w tego rodzaju sytuacjach, co 15 do 20 minut, a spostrzeżenia należy notować w postaci wykresu. Ciepłotę ciała mierzy się co pół godziny lub godzinę, ponieważ stosunek krzywych (Ryc. 1) tętna, oddechu i ciepłoty ciała, obok notatek o stopniu świadomości chorego, jest czułym probierzem stanu chorego i powiadamia, czy zagraża ucisk rdzenia przedłużonego. Wysokość ciśnienia krwi oznacza lekarz. Spostrzeżenia te przeprowadza się dopóty, dopóki trwa możliwość zmiany stanu chorego (12 do 24 godzin) lub dopóki stan chorego jest poważny. Te same badania przeprowadza się przez cały czas trwania operacji.

Często równolegle do zmian w stanie tętna, oddechu i ciepłoty ciała, zależnych od stopnia ciśnienia wewnątrzczaszkowego, spostrzegamy zaburzenia świadomości chorych. Różne są stopnie tych zaburzeń świadomości i pielęgniarka musi być z nimi obznajmiona. Człowiek, który śpi, jest także nieprzytomny, jednak obudzi go już poprawianie kołdry lub badanie tętna. Chorego w stanie chorobliwej senności (*sopor*) bodźce takie nie zbudzą, ale ocknie się on na głośne wołanie lub szarpanie. Przy jeszcze głębszej nieprzytomności, chory będzie oddziaływał dopiero na bardzo silny ucisk na wyrostki sutkowe lub na ukłucie podeszwy. Kiedy zaś źrenice, które przedtem oddziaływały na światło prawidłowo, staną się sztywne, stan taki określamy jako śpiączkę *(coma)*, jest on prawie beznadziejny. Pamiętać należy o tym, że chorzy, u których podnosi się ciśnienie śródczaszkowe, czy to wskutek rozwijającego się obrzęku mózgu, czy to w następstwie pooperacyjnego skrzepu krwi, wykazują często wahania w stopniu świadomości. Z tego też względu nie tylko stopniowe zanikanie przytomności, ale nawet drobne wahania w stanie świadomości są dzwonkiem alarmującym wielkiej wagi, który pielęgniarka powinna umieć dosłyszeć.

Podnoszenie się ciepłoty ciała spotykamy nie tylko w przypadkach wzmagania się ciśnienia wewnątrz czaszki. Prawie z reguły widujemy je po operacjach guzów, leżących w okolicy przysadki mózgowej i komory IV-tej. W tych przypadkach ciepłota osiąga dość szybko po zabiegu 39 stopni i więcej, gorączce jednak nie muszą towarzyszyć zaburzenia świadomości,

a tętno i oddech są raczej przyśpieszone. Również w innych przypadkach neurochirurgicznych, nie powikłanych zakażeniem, ciepłota ciała może wznieść się prawie bezpośrednio po operacji, nie przekracza jednak zazwyczaj 39 stopni i gorączka nie trwa dłużej, niż trzy dni. Jeżeli w tych razach ciepłota przekroczy 39 stopni, należy natychmiast chorego zupełnie odkryć, a jeśli dojdzie do 40 stopni, trzeba bezzwłocznie zastosować zimne zmywania (np. lodem) oraz podać choremu ½ grama aspiryny, na wyraźne zlecenie lekarza — razem z morfiną.

B ó l e g ł o w y — jak już podkreślałem — są bardzo ważnym sprawdzianem wysokiego ciśnienia, panującego w czaszce, zwłaszcza przy powolnym jego narastaniu. Są one niekiedy bardzo silne. Prócz leczenia przyczynowego, t. j. wyjęcia nowotworu lub usunięcia przyczyny wodogłowia, posiadamy jeszcze środki łagodzące, które na drodze fizyko-chemicznej ciśnienie



Ryc. 1. Schematyczne przedstawienie zachowania się tętna, oddechu, ciepłoty ciała i ciśnienia krwi w przypadkach wzmagania się ciśnienia w obrębie czaszki.

w czaszce obniżają. Są to glukoza w 50% roztworze, wlewana dożylnie w ilościach 50 cm³, raz lub dwa razy dziennie lub też 50% roztwór siarczanu magnezu, podawany w lewatywie w ilości 180 cm³, który chory powinien utrzymać w odbytnicy około 20 minut, t. j. przez czas potrzebny do wessania. Możemy jeszcze stosować dla uśmierzenia bólów głowy t. zw. mieszanki aspiryny, pyramidonu i kofeiny, natomiast nigdy nie wolno podawać morfiny, pantoponu, kodeiny i t. p., ponieważ środki te obniżają stopień świadomości, a przez zadziałanie na ośrodek nerwu błędnego zwalniają tętno i oddech. Nie wiemy wtedy, czy pogłębienie się zaburzeń świadomości i dalsze zwolnienie tętna i oddechu zależne jest od narkotyku i w jakim stopniu, czy też jest ono wyrazem wzrastającego wciąż ciśnienia śródczaszkowego.

Oczywiście nigdy nie wolno pielęgniarce stosować takich środków, jak morfina i związki pokrewne, bez wyraźnego zlecenia ordynującego lekarza,

jeżeli zatem robię powyższe uwagi, to dlatego, że opiekująca się chorym pielęgniarka jako współpracownica lekarza powinna zdawać sobie sprawę z tego, co czyni i dlaczego ma postępować tak, a nie inaczej [1]). Wszelkie polecenia lekarskie wydawane być powinny na piśmie, pielęgniarka zaś, zaraz po wykonaniu zlecenia, powinna zaznaczyć, obok inicjału swego nazwiska, czas wykonania. Jest to dobry sposób obustronnej kontroli, wydawanych i wykonywanych zleceń.

Przy pochylaniu głowy ku dołowi ukrwienie żylne mózgu wzmaga się, przy podniesieniu jej ku górze żyły mózgu opróżniają się. Ponieważ przekrwienie żylne mózgu wzmaga ciśnienie wewnątrzczaszkowe, w przypadkach wysokiego ciśnienia układamy chorego z głową uniesioną ku górze. Pochylenie głowy ku dołowi spowodować też może, przez zastój krwi żylnej, nawrót krwawienia z żył mózgu, uszkodzonych podczas operacji, które potem ustało wskutek obniżenia ogólnego ciśnienia krwi. U chorych więc z urazem czaszkowo-mózgowym, u których rozpoznajemy wzmożone ciśnienie śródczaszkowe, dalej u chorych, u których po operacji ogólne ciśnienie krwi spadło wprawdzie, u których jednak uniknąć chcemy zbyt szybkiego powrotu ogólnego ciśnienia krwi do stanu prawidłowego, unosimy głowę ku górze. Obniżamy ją natomiast do poziomu lub nawet jeszcze niżej, kiedy chory w stanie wstrząsu, wywołanego urazem, dużym krwawieniem podczas zabiegu i t. p. ujawnia wybitny spadek ogólnego ciśnienia krwi. Głowę obniżamy również w przypadkach obniżenia się ciśnienia śródczaszkowego. Stan ten przejawia się tym, że chory staje się zamroczony, skarży się na ból głowy, ale tętno, oddech i ciepłota ciała mogą pozostawać w granicach prawidłowych. Poza tym bardzo ważne jest, dla rozpoznania tego stanu, następujące zjawisko. Jeżeli u osobnika, operowanego np. z powodu guza mózgu, usuniemy na pewnej przestrzeni kości czaszki, wtedy, w razie podniesienia się ciśnienia śródczaszkowego, mózg będzie wypuklać się w tym miejscu na zewnątrz. Natomiast miejsce to zapada się przy obniżeniu ciśnienia śródczaszkowego. Wtedy należy natychmiast obniżyć głowę; niekiedy już w kilka minut potem otwór kostny zaczyna wypełniać się tkanką mózgową.

Ponieważ płyny wprowadzane do organizmu wzmagają istniejący obrzęk mózgu, u osobników cierpiących z powodu wysokiego ciśnienia wewnątrzczaszkowego staramy się podawać je w jak najmniejszych ilościach. U tych zaś chorych, u których spostrzegamy objawy niskiego ciśnienia, ilość płynów zwiększamy (wodę przez usta, kroplówkę podskórną z soli fizjologicznej u nieprzytomnych).

Sprawa karmienia chorych wymaga oddzielnego podkreślenia, jako niezmiernie ważna. Zasadniczo chorych neurochirurgicznych, jeśli są po zabiegu zupełnie przytomni, karmić można natychmiast po operacji, podając im zrazu — rzecz prosta — tylko pokarmy lekko strawne. Chorych nieprzytomnych lub z daleko posuniętymi zaburzeniami świadomości, którzy przy połykaniu zachłystują się, musimy odżywiać sondą żołądkową, lub podając im odżywcze lewatywy (np. 2 żółtka, 20 gr. cukru, 10 gr. peptonu, 300 cm.^{3}

---

[1]) Niekiedy jednym z najważniejszych objawów pozwalających na umiejscowienie krwawienia wewnątrz czaszki jest rozszerzenie się źrenicy po stronie krwiotoku. Dlatego też nie wolno, w przypadkach ostrych urazów czaszkowo-mózgowych, zakraplać oczu atropiną, którą stosujemy dla sztucznego poszerzenia źrenic i ułatwienia sobie badania dna oczu.

wody przegotowanej, do tego w odpowiednich przypadkach 10 kropli nalewki opiumowej); resztę potrzebnego ustrojowi płynu wprowadzamy kroplówką podskórną. Chorzy z lekko tylko zamroczoną świadomością mogą mieć zupełnie prawidłowe odruchy gardłowe. Tych możemy karmić przez usta, jednak nie przy pomocy „pojników", lecz podając płyny łyżeczką w małych ilościach. Zdarza się również, że chorzy ci nie są w stanie połykać prawidłowo płynów, natomiast zupełnie dobrze połykają pokarmy gęste. Trudności w odżywianiu nie ograniczają się tylko do chorych mniej lub bardziej nieprzytomnych. Często spotykamy je również — przed i po operacji — u chorych dotkniętych nowotworami jamy czaszkowej tylnej, np. guzem móżdżku, IV-tej komory lub nerwu słuchowego. Zaburzenia te wynikają z ucisku guza na nerwy błędne i językowo-gardłowe, zawiadujące czynnością połykania. Niekiedy po zabiegach w tej okolicy zjawić się mogą zaburzenia połykania nawet u tych chorych, którzy przed operacją połykali prawidłowo. To też po wszystkich tego rodzaju zabiegach postępujemy w ten sposób, że bezpośrednio po operacji pozwalamy jedynie zwilżać choremu usta watą zamaczaną w wodzie, następnie próbujemy podawać płyny łyżeczką, w bardzo małych ilościach, i dopiero wtedy, gdy przekonamy się, iż chory połyka bez najmniejszych trudności, karmimy go pojnikiem. Czasem nawet, po doszczętnym usunięciu guza z tej okolicy, zaburzenia połykania utrzymują się czas dłuższy. W tych razach postępujemy tak, jak z chorymi z zaburzoną świadomością, odżywiając ich sztucznie przez cały czas trwania zaburzeń połykowych.

Zaburzenia połykania występować mogą również u osób, które uległy nagle porażeniu jednej strony ciała (kończyny, twarz, język i gardło), zwłaszcza, jeśli chorzy ci leżą na stronie porażonej. Osobnicy tacy mogą niekiedy połykać zupełnie prawidłowo, jeżeli odwróci się ich na bok w ten sposób, by strona porażona zwrócona była ku górze. Zaburzenia te są najczęściej krótkotrwałe. Należy pamiętać, że zdarzyć się mogą po zabiegach na mózgu u chorych, którzy przed operacją połykali dobrze. Ponieważ chorych takich układamy na wznak lub na stronie porażonej, a to w tym celu, by strona operowana (przeciwna) leżała w górze i nie była narażona na ucisk, łatwo mogą u nich zdarzyć się trudności w pobieraniu pokarmów z ich groźnym następstwem, mianowicie z a c h ł y s t o w y m z a p a l e n i e m p ł u c.

Powikłanie to, które jest jednym z najczęstszych czynników, wywołujących zejście śmiertelne po operacjach mózgowych, może wystąpić nie tylko w następstwie zachłyśnięcia się pokarmem. Dość często zdarza się ono w związku z przedostaniem się śliny do tchawicy u chorych zamroczonych i źle połykających. Walczymy z tym w ten sposób, że albo takiego chorego kładziemy na brzuchu, uważając oczywiście na to, by nie utrudniać mu oddychania, wtedy ślina spływa kroplami z ust na zewnątrz, albo też układamy chorego na boku i przez nos wprowadzamy do gardła rurkę gumową, którą łączymy z jakimś aparatem ssącym. Może to być specjalny aparat elektryczny, lub aparat przymocowany do kurka wodociągu, z którego wypływa stale woda. W ten sposób usuwamy co pewien czas ślinę, gromadzącą się w gardle i w jamie ustnej.

Bardzo przydatne do pielęgnacji chorych neurochirurgicznych są tak zwane ł ó ż k a L a w s o n T a i t'a, jednego z pierwszych chirurgów jamy

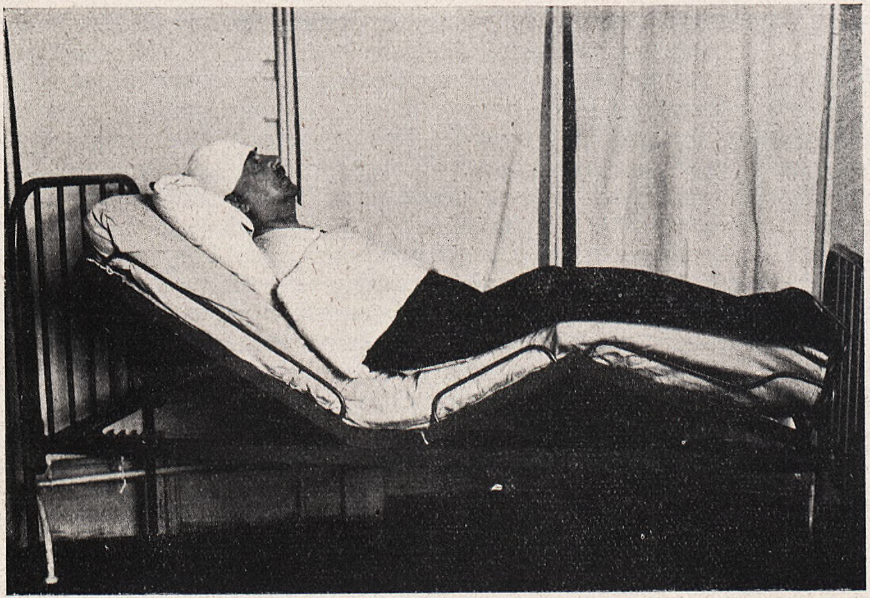
brzusznej, które pozwalają na szybkie i wygodne unoszenie głowy i tułowia chorych ku górze z jednoczesnym podnoszeniem kolan (Ryc. 2). W ten sposób jedna osoba może nadać choremu wygodną pozycję, nie narażając go przy tym na silniejsze wstrząsy. Pozycja, widoczna na rycinie, przeciwdziała u osób z zaburzoną świadomością zapadaniu się klatki piersiowej i opadaniu głowy do przodu, co spowodowałoby poważniejsze trudności w oddychaniu. Łóżka tego rodzaju są również cenną pomocą przy pielęgnowaniu chorych po operacjach rdzeniowych, po których chorzy muszą leżeć co najmniej przez trzy tygodnie.

O konieczności stałego (co 4 godziny) zmieniania ułożenia chorych nieprzytomnych, porażonych lub takich, którym z pewnych powodów zabrania się, by poruszali się sami, wspomnę tylko krótko, gdyż wiadomo o tym z ogólnych prawideł pielęgnacji, te zaś — jak już mówiłem — nie różnią się na oddziałach neurochirurgicznych od wszędzie indziej obowiązujących. Zaniedbania tego prawidła niejednokrotnie już były przyczyną zastoinowego zapalenia płuc i śmierci chorych, którzy mieli wszelkie warunki wyleczenia się zupełnego. Przy zmianie ułożenia chorych należy oczywiście baczyć na to, by np. przez gwałtowny ruch nie zerwać świeżo założonych szwów. W tym celu unikamy po operacjach móżdżkowych unoszenia głowy ku górze i przodowi.

Systematyczna zmiana pozycji chorych, pozostających przez czas dłuższy w łóżku, przeciwdziała nie tylko powikłaniom ze strony płuc, ale jest najpewniejszym środkiem do uniknięcia odleżyn. W schorzeniach mózgu skóra zasadniczo nie ma skłonności do odleżyn, które natomiast są plagą chorych rdzeniowych. Prócz częstego zmieniania ułożenia i stosowania t. zw. materaców wodnych, ważne jest u tych chorych jak najdokładniejsze przestrzeganie higieny skóry, zwłaszcza pleców, pośladków, pięt itd., t. zn. dokładne zmywanie skóry wodą z mydłem, spirytusem oraz posypywanie jej talkiem. W niektórych sprawach rdzeniowych, mimo wszystko, nie udaje się uniknąć odleżyn, które gdy już raz wystąpiły, stają się zagadnieniem lekarskim, nigdy zaś pielęgniarskim. Tak samo opatrunki, nawet najbardziej błahe, nie powinny należeć do czynności pielęgniarki i to bynajmniej nie dlatego, by opatrunek przekraczał możliwości zawodowo wyszkolonych i doświadczonych pielęgniarek, lecz dlatego, że opatrunki są obowiązkiem ordynującego chirurga lub jego asystentów. Dzięki temu odpowiedzialność za stan chorego nie zostaje rozdzielona na zbyt wiele osób i łatwiej doszukać się przyczyn ewentualnych niepowodzeń w przebiegu pooperacyjnym.

Trudności w oddawaniu moczu i stolca w przypadkach guzów mózgu zdarzają się bardzo rzadko, natomiast są częste w cierpieniach rdzeniowych. Niekiedy chorzy po laminektomii nie mogą oddać moczu, który przed operacją oddawali prawidłowo. W tych razach próbujemy wpierw zastrzyków pilokarpiny (¼ do 1 cm^3) i dopiero, kiedy środek ten zawiedzie, stosujemy cewnikowanie, najchętniej zakładając cewnik na stałe.

Chorzy neurochirurgiczni nie wymagają na ogół szczególnego przygotowania przedoperacyjnego. Głowę golimy zazwyczaj całą, najczęściej w dzień operacji. W ten sposób unikamy usadowienia się i rozwoju drobnoustrojów zakaźnych w skórze, zadraśniętej podczas strzyżenia i golenia. W przeddzień zabiegu zalecamy wypróżnienie jelit, co jest głównie ważne w tych przypadkach, w których stosujemy uśpienie awertynowe lub eterowe (przez



Ryc. 2. Łóżko Lawson Tait'a



Ryc. 3. Wózek opatrunkowy

odbytnicę). Najodpowiedniejszym środkiem przeczyszczającym jest siarczan magnezu, podawany przez usta, ponieważ środek ten obniża równocześnie ciśnienie śródczaszkowe. Większość chorych operujemy w znieczuleniu miejscowym (½ do 1% polokaina) ponieważ eter, wprowadzany drogą wdychania, powoduje przekrwienie i obrzęk mózgu, a inne sposoby znieczulenia ogólnego mają tę wadę, że uśpienie, raz wywołane, jest zbyt głębokie i długotrwałe albo, odwrotnie, trwa zbyt krótko. Znieczulenie ogólne stosujemy tylko u dzieci lub u osób bardzo wrażliwych. Morfinę (0.01) przed operacją podajemy tylko u tych chorych, u których ciśnienie w obrębie czaszki nie jest wzmożone (np. w przypadkach blizn kory mózgowej itp.). Jak już podkreślałem, z zasady nie używamy w nowotworach mózgu środków nasennych i odurzających. Wyjątek stanowi brom, w rozmaitych postaciach, oraz luminal (u chorych z drgawkami padaczkowymi). Natomiast po zabiegach, wykonywanych na rdzeniu i nerwach obwodowych, podawanie środków uśmierzających ból i narkotyków jest dozwolone, a nieraz konieczne.

Po nie powikłanych operacjach mózgowych chorzy mogą 3-go dnia siadać w łóżku. Po operacjach móżdżkowych leżą spokojnie przez tydzień, a wstawać mogą w 10 do 14 dni po zabiegu. Po laminektomii muszą leżeć około 3 tygodni. Szwy skórne zdejmuje się po operacji na mózgu w 3 dni po zabiegu, po operacjach w jamie czaszkowej tylnej i po laminektomii — w 7 dni. Wyjęcie szwów oraz wszelkie inne opatrunki, z wyjątkiem bardzo ciężkich, robimy na sali chorych, przy łóżku. Pielęgniarka z przeznaczonego do tego celu wózka (Ryc. 3), na którym znajdują się wszelkie potrzebne przedmioty, wyjmuje wyjałowioną chustkę, rozpościera ją na przyłóżkowym stoliku, kładzie na niej waciki, gazę, nożyczki, szczypce i inne narzędzia tak, by chirurg mógł posługiwać się nimi, nie dotykając wyjałowionego podkładu (Ryc. 4). W ten sposób unika się niepotrzebnego, a niekiedy wprost szkodliwego przewożenia chorych do oddzielnej sali opatrunkowej, unika się zajmowania opatrunkiem zbyt dużej ilości osób personelu pomocniczego, opatrunek może być zrobiony przez dwie osoby w każdej chwili i w odpowiedni sposób.

Opieka nad chorym przed i po operacji mózgowej jest żmudna, wymaga od pielęgniarki wyrobienia, spostrzegawczości oraz prawdziwego umiłowania swego zawodu. Ale też dla osób z ambitną duszą, prawdziwie rozmiłowanych w swym zawodzie, nie powinno być większej radości, jak możność śledzenia po zabiegu stopniowej poprawy w stanie chorych, których los bez operacji i bez odpowiedniej pielęgnacji byłby przesądzony. Dobre wyniki dzisiejszej neurochirurgii zależą w bardzo dużej mierze od opieki pooperacyjnej. Jak powiada Harvey Cushing — twórca nowoczesnej chirurgii układu nerwowego — „sama operacja nie jest wszystkim. Równie ważną jest opieka pooperacyjna, ponieważ w każdej chwili zjawić się mogą nieprzewidziane powikłania, których zaniedbanie zaważyć może całkowicie na szali“. Ale poza tym, sumienność i spostrzegawczość pielęgniarki, poparta odpowiednim wykształceniem, stać się może dużą pomocą dla lekarza, a nawet przyczynić się do postępu w medycynie. Jako przykład przytoczę urywki spostrzeżeń pielęgniarki *Presbyterian Hospital* w Nowym Jorku, p. Hildy Minshall, które ułatwiły Penfieldowi, jednemu z najznakomitszych neurochirurgów amerykańskich, opisanie nowej jednostki chorobowej (W. Penfield: *Diencephalic*

Autonomic Epilepsy. Arch. Neurol. & Psychiat., 22:358, 1928):

13 stycznia 1928 ..... II. 2 przedpoł.

Atak trwał około 4 minut. Był lekki; najpierw zmienił się rytm oddechu, który uległ zwolnieniu, 4—6 min., następnie twarz zaczerwieniła się, wreszcie wystąpiło ślinienie. Oddech Cheyne-Stokes'a trwający do 11.5. W tym czasie łzy. Nie straciła przytomności. Po ataku gęsia skórka, dreszcze i czkawka przez 3 sekundy. Chora twierdzi, że chce spać. Spała spokojnie od g. 11.20 do 12.15.

3.30 popoł.

Atak trwający około 5 minut. 1. Niepokój; 2. oddech przyśpieszony; 3. zaczerwienienie twarzy, łzy i ślinienie. Atak wystąpił prawie natychmiast po przewróceniu chorej z jednego boku na drugi. Tętno nie zmieniło się, jak zazwyczaj. W czasie, kiedy jeszcze trwał oddech Cheyne-Stokes'a wystąpiła na obu przedramieniach gęsia skórka, która znikała w czasie, gdy oddech zatrzymywał się. I t. d., i t. d.

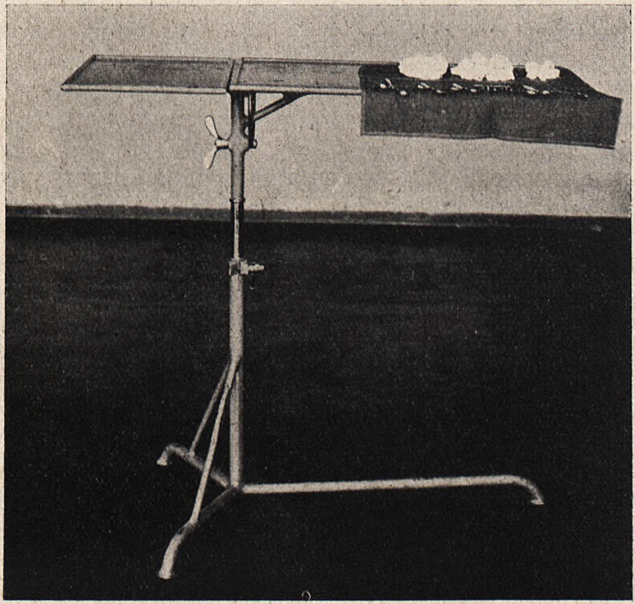
Bo też spostrzegawczość pielęgniarki ma w schorzeniach układu nerwowego szerokie pole do popisu. Rozwijający się w obrębie czaszki nowotwór lub ropień powoduje, rzecz prosta, nie tylko wzmaganie się ciśnienia śródczaszkowego, ale, uciskając lub niszcząc otaczającą tkankę mózgową, wywołuje rozmaite objawy chorobowe. Objawy te wynikają z porażenia lub podrażnienia ośrodków czynności mózgu, których umiejscowienie znamy z anatomii i fizjologii (Ryc. 5). Wyrazem podrażnienia kory mózgowej bywają drgawki padaczkowe. Prócz znanej powszechnie padaczki, która charakteryzuje się nagłą utratą przytomności, wystąpieniem piany w ustach, przygryzieniem języka, oddaniem moczu i nagłymi drgawkami wszystkich czterech kończyn, istnieją inne postacie tej choroby, w których drgawki, zanim się uogólnią, obejmują wpierw pewne i stale te same odcinki ciała. Niekiedy ataki takie poprzedza skręt głowy i oczu, stale w tę samą stronę; utrata przytomności może nie występować, a drgawki mogą obejmować tylko jedną stronę ciała lub tylko pewne jego części. Drgawki zaczynają się np. w ustach, które skrzywiają się w jedną stronę (zawsze w tę samą), po czym przechodzą na kończynę górną, a wreszcie — dolną. Dokładne spostrzeżenie kierunku skrętu głowy i oczu, dalej miejsca, w którym drgawki się zaczęły i kolejności ich rozprzestrzeniania się na inne odcinki ciała, posiada pierwszorzędną wagę, gdyż wskazać może najdokładniej na stronę i umiejscowienie w mózgu sprawy chorobowej, będącej powodem drgawek. Często chory i jego rodzina podają wprawdzie, że cierpi on na padaczkę, zazwyczaj jednak nie umieją jej bliżej opisać. Lekarz, który z natury swych zajęć spędza mniej czasu przy łóżku chorego niż pielęgniarka, może nie mieć sposobności spostrzegania tych drgawek, nawet w razie dłuższego pobytu chorego w szpitalu. Stwierdzenie ich może być niekiedy jedyną podstawą dla umiejscowienia choroby w mózgu, od czego zależy wybór miejsca zabiegu. Pielęgniarka, opiekująca się chorym we dnie i w nocy, przez dokładne spostrzeżenia, których wynik powinna natychmiast zanotować, może się walnie przyczynić do właściwego rozpoznania siedziby choroby. Uwaga pielęgniarki powinna być skierowana na wymienione

szczegóły ataku. Ponieważ często chorzy uprzedzają o zbliżającym się ataku, należy ich wtedy bezzwłocznie położyć, w czasie ataku uważać, by język nie zapadł się do tyłu. Chorych powinno otoczyć się parawanem, aby inni chorzy nie mogli przyglądać się drgawkom, których widok może dla nich stanowić poważny uraz psychiczny.

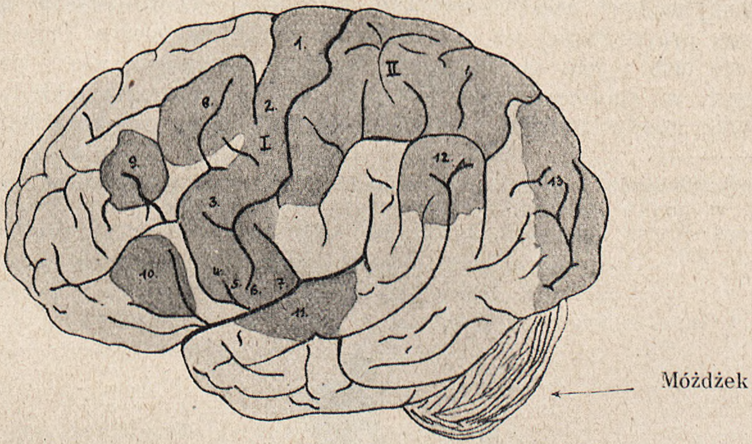
Ucisk lub zniszczenie przez nowotwór dolnej części lewego płata czołowego wywołuje t. zw. niemotę ruchową, polegającą na tym, że chory ma trudności w wypowiadaniu się. Krtań, gardło i usta, t. j. narządy mowy, ma w porządku, chory jednak nie umie wyrażać swych myśli odpowiednimi słowami i w odpowiednich zdaniach. To, co się do niego mówi, rozumie dobrze i czasem może porozumiewać się z otoczeniem przy pomocy pisma. Uszkodzenie lub ucisk na ośrodek rozumienia mowy, leżący w górnej części lewego płata skroniowego, wywołuje niemotę zwaną zmysłową. Objaw ten polega na tym, że chory, chociaż dobrze słyszy, nie rozumie, co się doń mówi. Zniszczenie obu tych ośrodków wywołuje trwałe zaburzenia mowy, natomiast ucisk przez guz, działający z oddali, powoduje niemotę, która po usunięciu guza może całkowicie ustąpić. Niekiedy zabiegi chirurgiczne, wykonane w najbliższej okolicy tych ośrodków, mogą powodować przejściowe zaburzenia mowy. O objawach tych należy pamiętać, gdyż często spotyka się je w nowotworach lewej półkuli mózgowej (która jest częstszym siedliskiem guzów, niż półkula prawa). Należy zdawać sobie jasno sprawę również z tego, że omawiane zaburzenia mowy nie mają nic wspólnego z niemówieniem chorych umysłowo. Inteligentne podejście pielęgniarki do chorych dotkniętych niemotą jest rzeczą niezmiernie ważną, gdyż chorzy ci są najczęściej świadomi swej ułomności, bardzo nią przygnębieni, przy czym — jak wspominałem — nie mówiąc zrozumiale, mogą rozumieć, co się do nich mówi, a niekiedy mogą porozumiewać się z otoczeniem przy pomocy pisma. Dotknięci niemotą zmysłową mogą czasami rozumieć mowę pisaną.

Zaburzenia umysłowe, poza zaburzeniami świadomości, zdarzają się rzadko w przebiegu nowotworów mózgu. Najczęściej występują one w przypadkach guzów płatów czołowych. Chorzy tacy są albo senni, przygnębieni, obojętni na swe cierpienie i na to, co się dokoła nich dzieje, albo też przeciwnie, są podnieceni, dowcipkują, twierdzą, że czują się doskonale, choć stan ich wzroku jest poważny i chociaż są porażeni. Często nie panują nad słowami i chorzy, do niedawna skromni i dobrze wychowani, zmieniają się biegunowo. Wszystkie te zaburzenia mogą zupełnie ustąpić z chwilą usunięcia nowotworu. Niekiedy stan ten widujemy, w ostrej postaci, po zabiegach na płatach czołowych u chorych przedtem zupełnie umysłowo prawidłowych. Zmiany umysłowe w tych przypadkach są jednak zawsze przejściowe. Trwałych zaburzeń umysłowych po zabiegach na mózgu nie spostrzega się. Pielęgniarka powinna wiedzieć o tym, że guz mózgu nie jest jednoznaczny z nieuleczalną chorobą umysłową, by umieć rozproszyć fałszywe w tym względzie obawy chorych i ich rodzin. Chorych nawet z lekkimi zaburzeniami umysłowymi nie powinno się umieszczać obok chorych umysłowo prawidłowych. To samo tyczy chorych, dotkniętych niemotą, ponieważ te objawy chorobowe wpływają przygnębiająco na innych chorych z guzami mózgu, którzy mogą tego nie rozumieć, że im ten sam przykry stan nigdy grozić nie może.

Guz mózgu jest określeniem zbyt ogólnym. Istnieją rozmaite rodzaje nowotworów, dobrotliwe i złośliwe (choć guzy mózgu przerzutów nie dają)



Ryc. 4. Stolik przyłóżkowy z narzędziami potrzebnymi do opatrunków



Rys. 5. Umiejscowienie ośrodków rozmaitych czynności w korze mózgowej. Wg. Rauber Kopscha. I. Okolica ruchowa kory. II. Okolica czuciowa kory. 1. Ośrodek ruchów kończyny dolnej. 2. Ośrodek ruchów kończyny górnej. 3. Ośrodek ruchów twarzy. 4. Ośrodek ruchów języka. 5. Ośrodek ruchów krtani. 6. Ośrodek czynności żucia. 7. Ośrodek ruchów gardła. 8. Ośrodek pisania. 9. Skręt głowy i oczu. 10. Ośrodek ruchowy mowy. 11. Ośrodek rozumienia mowy. 12. Ośrodek czytania. 13. Ośrodek wzroku

i rozmaite może być ich umiejscowienie w mózgu. Nawet t. zw. dobrotliwe nowotwory, z wyjątkami wprost znikomymi, prowadzą z czasem nieuchronnie do śmierci. Guzy wychodzące z samego miąższu mózgu są bardziej złośliwe, niż nowotwory wychodzące z opon. Nowotwory powierzchownych warstw mózgu są bardziej dobrotliwe niż guzy głębokie. Jedni chorzy mają przed operacją mało objawów, ale zabieg operacyjny jest u nich trudny do przeprowadzenia i niekiedy pozostawia pewną trwałą ułomność. Inni, przeciwnie, mają bardzo silne bóle głowy, cierpią na padaczkę, mają porażone kończyny, nie mówią, lub nie rozumieją mowy, lecz operacja okazuje się u nich łatwa do przeprowadzenia i odchodzą do domu, w kilka dni po zabiegu, zupełnie zdrowi. Niektórzy widzą przed operacją zupełnie dobrze, jednak, po wyjęciu guza, nie widzą prawymi lub lewymi połówkami pola widzenia, ponieważ chirurg, by dostać się do nowotworu, położonego głęboko pod drogami wzrokowymi, musiał świadomie zniszczyć część tych dróg. Wybrał mniejsze zło, by uchronić chorego od pewnej śmierci. Jednego chorego widzimy w początkowym okresie choroby, drugiego zaś w takim okresie, kiedy najlepsza nawet chirurgia nie wiele już zdziałać może. U osób starszych mózg, zajęty nowotworem, równocześnie może być siedliskiem innej jeszcze sprawy chorobowej, np. zwapnienia naczyń krwionośnych. Powaga stanu chorego i rokowanie co do jego przyszłości zależą zatem od rodzaju guza, jego umiejscowienia, okresu choroby, wieku chorego i od rodzaju operacji. Na ogół choroby chirurgiczne układu nerwowego należą do najpoważniejszych schorzeń ustroju. Wiele jednak jest uleczalnych. Kiedy dawniej, w początkach rozwoju neurochirurgii, śmiertelność operacyjna dosięgała 60 i 80%, dziś waha się dokoła 15 do 20%, a dla pewnych rodzajów nowotworów nie przekracza nawet 5%. Należy przy tym pamiętać, że leczenie chirurgiczne guzów mózgu jest właściwie jedynym postępowaniem mogącym wybawić chorego od niechybnej śmierci, często zwracając mu pełnię zdrowia, kiedy indziej — ratując mu przynajmniej na czas dłuższy, wzrok lub mowę. Tego na ogół u nas się nie wie i jest obowiązkiem świata lekarskiego, ale i pielęgniarskiego szerzyć w społeczeństwie świadomość, że chirurgia układu nerwowego, głównie guzów mózgu, pochlubić się dziś może wspaniałymi wynikami [1]).

---

[1]) Bliższych wiadomości o neurochirurgii zasięgnąć można w następujących pracach, w języku polskim: H. Olivecrony, Neurologia Polska, t. XV, str. 1, 1932; H. Higiera, Warsz. Czas. Lek. t. XII, str. 1, 1935, oraz w mojej w „Medycynie", Nr. 1, str. 1, 1934.



Zabiegi pielęgniarskie

(Ciąg dalszy).

XLVII. Przygotowanie do badania oczu

Przybory do zabiegów i badania zewnętrznego

Sztelarz z lekarstwami i zakraplaczami,
pręciki szklane,
undynki z płynem izotonicznym (obacz niżej),
miseczki nerkowate,
soczewka oświetlająca,
lupa.

Przybory do badania wzroku

Próby druków do badania w dal i z bliska,
kaseta z okularami,
lampa do badania wziernikowego,
wziernik,
przyrządy i aparaty okulistyczne (zależnie od zaopatrzenia gabinetu lekarskiego).

Pokój musi być zaciemniony za pomocą ciemnych rolet, można urządzić ciemnię z czarnych firanek, tworzących rodzaj kamery, w której lekarz wziernikuje chorego.

Przybory do wycisków przy jaglicy

undynki z płynem fizjologicznym,
sztelarz j. w.,
pręciki szklane,
odwracadła Zacherta lub haki Desmares'a,
wyjałowione:
instrumenty do wygniatania (zależnie od zlecenia: pincety, rolki, kleszczyki),
gaziki.

XLVIII. Okłady na oko

Gorące suche

stosowane przy zapaleniu tęczówki, ciałka rzęskowego.

Termofor (por. zabieg XXXI.) Używamy zwykle małych worków gumowych.

Gorące wilgotne

stosowane przy jęczmieniach, zapaleniu ropnym brzegów powiek.

Kataplazmy z siemienia lnianego (ob. zabieg XXXIII).

Okłady z gorącego rumianku: zagotować rumianek, odcedzić i włożyć do woreczka — zasady według zabiegu XXXIII).

Zimne suche

stosowane przy krwotokach, pęcznieniu soczewki i t. d.

Worek z lodem (ob. zabieg XXXV A).

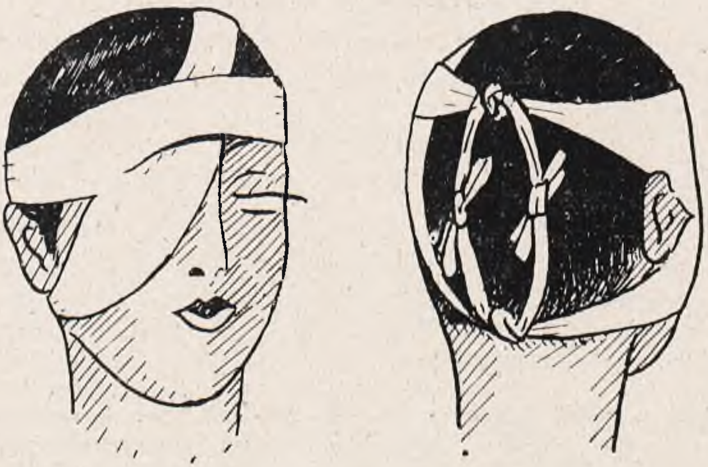
Okład Leitera (ob. zabieg XXXV B).

Zimne wilgotne

stosowane przy wrzodach rogówki, zapaleniach tęczówki, rogówki, jęczmieniach.

Okład składa się z kwadratowego kawałka waty zamaczanego w wodzie lub alkoholu 45%, z ceratki Bilrotha, wystającej na palec wokoło poza watę i z warstwy

suchej waty, wystającej na palec wokoło ceratki. Na wszystkich trzech warstwach należy uciąć jeden róg, po stronie, przylegającej do nosa. Okład przymocowujemy opaską według zabiegu XXXIX K, albo sposobem, jak na załączonym rysunku:



Powieki i skórę wokoło oka przed położeniem kompresu wysmarować wazeliną.

Ściągające

stosowane po wyciskach przy jaglicy, po operacjach woreczka łzowego i t. d.

Przybory

na miseczce 1% roztwór octanu ołowianego (woda Gularda),
miseczka z płatkami waty,
miseczka nerkowata na brudne waciki.

Postępowanie

Czysto umytymi rękami kłaść na oko wilgotne waciki, zwilżone w płynie, odejmować i odrzucać, gdy są ciepłe. Każdy płatek należy kłaść delikatnie i zdejmować z wierzchu, odrzucając tak, aby nie dotykać spodniej warstwy, która może być zabrudzona wydzieliną. Każdy wacik można przyłożyć na oko tylko raz.

Okłady suche

stosuje się dla ochrony oka, składają się z przybandażowanego kawałka waty.

XLIX. Zakładanie maści do oka

Cel:

wprowadzenie do worka spojówkowego przepisanej maści w celu leczniczym lub ochronnym.

Przybory:

przepisana maść,
paleczka szklana do zakładania maści, nie obita, gładka.

Postępowanie

Pacjent leży lub siedzi z głową odchyloną w tył. Palcami lewej ręki obsuwamy na dół dolną powiekę, co nam odsłoni worek spojówkowy. Nabieramy na pałeczkę

małą ilość maści (wielkości ziarna grochu), umieszczamy ją w worku spojówkowym, powiekę puszczamy, polecając pacjentowi zamknąć oko (o ile chory mruga, przytrzymujemy powiekę), po czym wysuwamy pałeczkę z pomiędzy powiek w kierunku do zewnętrznego kącika oka. Maść powinna pozostać cała w oku, rzęsy nie powinny być zagięte.

Uwaga: Powyższy sposób odnosi się tylko do tych wypadków, w których lekarz zlecił założyć maść do worka spojówkowego. Jeżeli maść ma być zastosowana tylko na brzegi powiek, należy nasmarować nią same brzegi, uważając, aby nie dostała się do worka spojówkowego.

L. Zakraplanie oczu

jest to wprowadzenie do worka spojówkowego płynnego leku kroplami, wedle przepisu lekarza.

Zasady

1) W worku spojówkowym nie mieści się więcej, niż 2—3 krople płynu. Dlatego leki silnie działające, trujące, jak np. roztwory pilokarpiny, atropiny, należy wkraplać tylko w takiej ilości, gdyż, jeżeli wleje się więcej, nadmiar spłynie po twarzy lub przez kanalik łzowy do nosa, co jest niebezpieczne dla pacjenta.

2) Jeżeli mamy do czynienia z kilku lekami, należy mieć do każdego leku inny zakraplacz i wystrzegać się, aby ich nie mieszać, gdyż może to grozić wielkim niebezpieczeństwem choremu. W szczególniejszy sposób nie można bezwarunkowo dopuścić do tego, aby lek rozszerzający źrenicę domieszał się choćby w najmniejszej ilości do leku zwężającego lub naodwrót, gdyż to może nawet grozić utratą wzroku. Jeżeli musimy użyć zakraplacza do dwóch leków, to musi on być między jednym, a drugim lekiem bardzo starannie wymyty (zarówno gumka, jak szkło) i wygotowany.

3) Nabierać płyn do zakraplacza należy w następujący sposób: wprowadzić koniec zakraplacza do płynu. Ucisnąć gumkę dwoma palcami. Puścić ją, chwycić za samo szkiełko, wyjąć zakraplacz, trzymając za szkiełko, po czym ująć go w rękę tak, jak ołówek do pisania i przy zakraplaniu trzymać ukośnie, około 5 cm. nad okiem, aby w razie nagłego ruchu pacjenta nie narazić go na skaleczenie rogówki.

4) Lek, którego używamy do zakroplenia, musi być świeży, niezmieniony w wyglądzie, nie mieć strątów. Niektóre leki mimo strątów mogą być jeszcze użyte po przefiltrowaniu, jednakże należy zawsze czynić to jedynie za zgodą lekarza.

Przybory

przepisany lek,
zakraplacz.

Postępowanie

Pacjent siedzi, jak przy płukaniu oka. Palcami lewej ręki obsuwamy powiekę dolną na dół, polecając pacjentowi patrzeć w górę. Wpuszczamy do worka spojówkowego przepisaną ilość kropel i odczekujemy chwilę, aby lek miał czas rozejść się w worku spojówkowym, gdyż w przeciwnym razie zaraz po zamknięciu oka wypłynie. Puszczamy powiekę, pacjent oko zamyka.

Zakraplanie lapisu

Lapis jest środkiem silnie żrącym, to też roztwory jego, jakkolwiek często stosowane w okulistyce, nie mogą dotknąć rogówki, gdyż może to spowodować utratę wzroku. To też stosowanie lapisu wymaga wielkiej ostrożności.

Przygotowujemy oprócz przepisanego roztworu lapisu jeszcze przybory do płukania oka. Pacjent siedzi lub leży, jak do płukania, okryty serwetką, z miską nerkowatą

przy twarzy. Pielęgniarka palcami lewej ręki odwraca obie powieki i zesuwa je tak, aby między nimi nie było szpary, t. j. aby rogówka była szczelnie zasłonięta. Wylewamy na spojówki roztwór lapisu (całą zawartość zakraplacza), po czym, nie puszczając powiek, szybko odkładamy zakraplacz, ujmujemy undynkę z roztworem izotonicznym soli i zlewamy obficie zalapisowaną spojówkę. Teraz dopiero można puścić powieki, które odwrócą się, gdy pacjent spojrzy do góry. Sól kuchenna łączy się z lapisem na związek dla rogówki obojętny.

U w a g a: Jeżeli pielęgniarka nie ma wprawy, lepiej lapisować we dwie osoby: jedna lapisuje, druga zaś trzyma w pogotowiu undynkę z solą i po odczekaniu paru sekund, aby lapis miał czas zadziałać, płucze.

O d w r a c a n i e p o w i e k

Dolną powiekę odwracamy przez obsunięcie jej w dół, co odsłoni worek spojówkowy. Jeżeli jest wydzielina i powieka śliska, można sobie pomóc przez podłożenie pod palec małego kawałka waty.

Górną powiekę można obracać następującymi sposobami:

1. Palec wielki lub wskazujący ręki lewej kładziemy na górnej powiece, aby ją przytrzymać, palcem wielkim i wskazującym ręki prawej chwytamy brzeg powieki i odwracamy go ku górze poprzez przytrzymujący palec lewej ręki.

2. Aby nie infekować prawej ręki (np. gdy mamy do czynienia z wydzieliną ropną), która musi pozostać czysta, aby nią móc ujmować zakraplacz czy undynę, używaną dla kilku chorych, postępujemy następująco: prawą ręką ujmujemy pałeczkę szklaną i kładziemy ją na górnej powiece, nie dotykając tą ręką chorego, powiekę wywijamy ręką lewą poprzez pałeczkę, po wywinięciu jej prawa ręka pozostaje wolna do wykonywania zabiegu oraz czysta. Wywijanie poprzez pałeczkę szklaną jest mniej przykre dla chorego, niż wywijanie poprzez palec. Albo:

3) używamy jednej ręki: ujmujemy brzeg powieki palcami lewej ręki w taki sposób, aby palec wskazujący leżał na powiece, a wielki podejmował jej brzeg i odwracamy powiekę poprzez palec wskazujący. Wymaga to oczywiście większej wprawy, to też zanim spróbujemy w ten sposób odwracać powiekę u chorych, musimy się w nim najpierw dobrze przećwiczyć na osobie zdrowej.

LI. **Przemywanie oka**

C e l

wypłukanie wydzieliny i oczyszczenie gałki ocznej przy ropieniach oraz przed operacjami ocznymi.

Z a s a d y

1) Jeżeli jest wydzielina ropna, należy pamiętać, że łatwo jest zakazić nią oczy własne lub innych pacjentów. Dlatego po każdym dotknięciu oka należy ręce starannie umyć, zanim się dotknie jakiegokolwiek innego przedmiotu. Jeżeli wydzielina jest tylko z jednego oka, należy zachować wszelkie ostrożności, aby drugiego nie zakazić: pacjent powinien zawsze leżeć na stronie chorego oka, aby spływająca wydzielina nie dostała się do zdrowego oka. Przy płukaniu oka i innych zabiegach głowę pacjenta również przechylamy na stronę chorego oka.

2) Oczy należy płukać zawsze płynem izotonicznym, t. j. takim, którego gęstość równa się gęstości łez, gdyż płyn o innej gęstości, np. woda jest dla oka szkodliwy. Najczęściej używa się izotonicznego roztworu soli kuchennej, który przyrządza się w następujący sposób: 6 gramów soli wsypać do 1000 gramów wody, zagotować i koniecznie przefiltrować. Jeżeli rozczyn ma być jałowy, np. przy skaleczeniu gałki

ocznej lub po operacjach, wlewamy go do specjalnych undynek, w których można go zagotować i gotujemy przez 10 minut, po czym płuczemy już z tych samych undyn bez przelewania do innego naczynia.

P r z y b o r y

undynka z płynem o ciepłocie ciała (próbować ciepłoty przez polanie sobie przedramienia),
miska nerkowata,
serwetka lub ręcznik,
małe waciki.

P o s t ę p o w a n i e

Pacjent leży lub siedzi z głową odchyloną mocno w tył i zlekka na stronę płukanego oka. Okrywamy poduszkę, lub o ile chory siedzi, jego ramię — serwetką i dajemy mu do ręki miskę nerkowatą, pouczając, aby trzymał ją prosto, bez przechylania, przy twarzy, opierając o policzek na wysokości szczęki górnej tak, aby płyn spływał do miski.

Za pomocą dwóch małych wacików palcami lewej ręki rozsuwamy szeroko powieki, uważając, aby strzępki waty nie dostały się do worka spojówkowego i trzymając undynkę tak, aby jej koniec był około 5 cm ponad rogówką, zlewamy gałkę oczną obficie, polecając pacjentowi poruszać nią na wszystkie strony, aby całą wydzielinę dobrze wypłukać. Po skończeniu wytrzeć powieki od zewnątrz, jak również twarz chorego. Wszystko posprzątać.

LII. Przygotowanie i pomoc przy badaniu nosa, ucha, gardła

Badanie nosa, ucha i gardła odbywa się przy pomocy światła sztucznego, odbitego w lustrze wklęsłym reflektora, skupiającego światło, pochodzące z jakiegoś źródła (lampa). To właśnie odbite światło koncentruje się na miejscu badanym. Dlatego koniecznym jest, aby pokój, w którym odbywają się badania, był zaciemniony, czy przez obicia czarne okien, czy przez rolety. Światło padające na reflektor musi pochodzić z jednego źródła.

Badanie ucha

P r z y b o r y

lampa stojąca (możliwie z mleczną żarówką, aby uniknąć cieni),
pinceta uszna (Luc'a),
2 wzierniki uszne (dwie wielkości),
watotrzymacz,
miska nerkowata,
Na ligninie czystej, czy serwetce — waciki i sączki gazowe.

P o m o c

Chorego posadzić twarzą do lekarza. Lampę ustawić za chorym po prawej jego stronie. W miarę potrzeby zwracamy głowę chorego prawą lub lewą stroną do lekarza.

Badanie nosa

Badanie nosa odbywa się w takich samych warunkach, jak badanie ucha.

P r z y b o r y

wziernik nosowy,
pinceta nosowa,
na ligninie waciki i sączki, gazowe,
miska nerkowata.

Pomoc

Usadowić chorego twarzą do lekarza. Ustawić lampę, jak do badania ucha.

Badanie gardzieli

Przybory

szpadel językowy,
miska nerkowata.

Pomoc

Usadowić chorego tak, jak do badania nosa.

Badanie krtani

Warunki badania, jak poprzednio.

Przybory

lampka spirytusowa,
lusterko krtaniowe,
rączka do lusterka,
na ligninie kawałki gazy,
zapałki,
naczynie z ciepłą wodą,
1 miska nerkowata,

Pomoc

Usadowić chorego twarzą do lekarza, podać choremu kawałek gazy i pouczyć, jak ma wyciągnąć język, aby ułatwić lekarzowi badanie. Zapalić lampkę spirytusową dla ogrzania lusterka krtaniowego, mniej więcej do temperatury ciała. O ile lusterko nie jest dostatecznie ogrzane, wtedy wydech chorego w zetknięciu z chłodniejszą powierzchnią lusterka powoduje skraplanie i pokrywa jego powierzchnię parą, uniemożliwiając badanie.

Uwaga: W razie odruchów gardzieli znieczulamy przed badaniem tylną ścianę gardzieli kokainą lub perkainą.

LIII. **Płukanie ucha**

Płukanie ucha stosuje się bądź w celu usunięcia zbierającej się w nadmiarze woszczyny, bądź wydzieliny ropnej. Zależnie od zlecenia lekarza używamy do płukania ucha bądź to wody o temperaturze ciała, bądź płynów lekko dezynfekcyjnych, jak nadmanganian potasu, 3% rozczyn kwasu borowego, annogen i t. p.

Przybory

Na tacy:
strzykawka do płukania ucha z wygotowanym zakończeniem,
dzbanek z płynem, j. w.,
ceratka do okrycia chorego,
ręcznik lub serwetka,
miska nerkowata,
słoiczek z wacikami na wykluwaczach,
wazelina lub maść borowa (o ile wydzielina ropna),
wiadro do zlewania płynu.

Postępowanie

Chory siada, zwrócony do pielęgniarki uchem, które ma być płukane. Okrywamy ramię ceratką i ręcznikiem, zakładając ich brzeg za kołnierz, aby chorego nie oblać. Choremu dajemy do ręki miskę nerkowatą, pouczając, aby ją trzymał poziomo poniżej ucha, nie przechylając i przyciskając mocno do policzka. Jeżeli chory nie może sam tego uczynić, trzyma miskę druga pielęgniarka. — Nabieramy płynu do strzykawki, ujmujemy ją prawą ręką. Lewą ręką prostujemy zewnętrzny kanał słuchowy, chwytając górny brzeg małżowiny i podciągając ją lekko ku tyłowi i ku górze. Wstrzykujemy płyn do kanału, przy czym, jeżeli chodzi o wypłukanie woszczyny, prąd może być dość silny, jeżeli o wydzielinę ropną, prąd powinien być słaby. W każdym razie prąd należy kierować w różne strony na ściany przewodu, a nigdy wprost na błonę bębenkową, gdyż to może spowodować zawrót głowy, a nawet omdlenie.

Powtarzamy płukanie dopóty, dopóki nie zacznie odchodzić woda zupełnie czysta. W miarę jak miska nerkowata się napełnia, wylewamy płyn do wiadra, obejrzawszy wprzód uważnie wygląd płynu. Po skończonym płukaniu, wycieramy małżowinę uszną ręcznikiem, zewnętrzny zaś odcinek przewodu słuchowego wacikami, których nigdy nie należy wprowadzać głęboko. Każdego wacika używamy tylko raz, po czym odrzucamy.

Jeżeli zlecone jest wprowadzenie po wypłukaniu jakiegoś leku do ucha, należy lek przedtem ogrzać, wstawiając flaszkę do gorącej wody, następnie głowę chorego przechylić na stronę ucha zdrowego i za pomocą zakraplacza wprowadzić ogrzany lek do chorego ucha, spróbowawszy wpierw temperatury przez spuszczenie sobie kropli na przedramię.

Zamiast strzykawki można do płukania użyć koneweczki hegarowskiej (irygatora) z drenem i zaciskaczem, na koniec drenu zamiast kanki nakładamy kawałek szklanej rurki, a na nią mały kawałek (około 5 cm.) miękkiego, cienkiego drenu, który gotujemy dla każdego chorego. Koneweczkę wieszamy na statywie i płuczemy ucho, jak zwykle. Ten sposób płukania nadaje się szczególniej do stosowania w celach leczniczych, gdyż daje długotrwały prąd o jednakowej sile i temperaturze.

Jeżeli jest wydzielina ropna z ucha, smarujemy po płukaniu dolną część małżowiny waseliną, aby uchronić skórę od nadżarcia. Do ucha wówczas zakładamy lekko małą kulkę z waty.

LIV. **Kompres na ucho i gardło**

Kompres na ucho stosowany przy ostrym zapaleniu ucha środkowego.

Przybory

tacka,
naczynie z płynem (woda Burowa),
2 kawałki gazy,
ceratka,
wata,
bandaż.

Postępowanie:

Gazę zmoczyć i dobrze wyżąć. Jeden kawałek podłożyć za małżowinę uszną na wyrostek sutkowy, drugi na małżowinę i okolicę wyrostka jarzmowego. Na to położyć ceratkę, aby przykrywała gazę, a na to watę, ale tak, aby nie była widoczna ceratą. Kompres ten przytrzymać bandażem, bandażując dookoła głowy. Skórę przed położeniem kompresu posmarować czystą wazeliną.

Zasadą przy stosowaniu kompresu na gardło (podczas stanu zapalnego migdałków) jest położenie go wzdłuż szczęki dolnej aż do uszu. Pod kompresem powinna się znajdować raczej okolica gruczołów podszczękowych, niż szyja.

LV. Inhalacja

Cel

Wprowadzenie do przewodu oddechowego leków, oraz ciepłej pary wodnej w chorobach nosa, gardzieli, krtani, tchawicy dla złagodzenia stanu zapalnego i ułatwienia wydzielenia i wykszłuszenia wydzieliny.

Sposoby inhalacji

Inhalator Siedla jest to przyrząd, składający się z podstawki metalowej w kształcie cylindra z otworem z boku i w górze, w cylindrze mieści się lampka spirytusowa. Nad lampką mieści się mały kociołek zamknięty nasadką, przez którą przebiega poziomo rurka od rozpylacza, koniec pionowej rurki rozpylacza jest zanurzony w szklanym słoiczku, zawierającym przepisane lekarstwo. Rurka pozioma rozpylacza uchodzi do cylindra szklanego, którego koniec kierujemy ku twarzy chorego tak, aby para uchodziła w kierunku jego ust i nosa.

Postępowanie

Chorego układamy w pozycji siedzącej, stawiamy stoliczek na łóżku (ewentualnie przystawiamy stolik przyłóżkowy). Stawiamy przyrząd na stoliku. Nalewamy wody do kociołka, a przepisane lekarstwo do słoiczka, zapalamy lampkę spirytusową. Gdy woda w kociołku zagotuje się, para wydobywając się przez rurkę, porywa cząstki lekarstwa, które chory wdycha wraz z parą.

Sposoby domowe

Inhalowanie z dzbanka (lepsze, niż z miednicy, gdyż unika się naparzania całej twarzy).

Przybory

dzbanek 5—6 litrowy,

tuba z białego grubszego papieru, zeszyta w kształcie leja — jeden otwór szerszy, drugi — wielkości takiej, aby objął nos i usta chorego,

wrząca woda,

przepisane lekarstwo (tinktura benzoesowa, olejek eukaliptusowy, terpentynowy i t. p.),

miednica,

ręcznik kąpielowy.

Postępowanie:

Chorego układamy na boku. Dzbanek otoczony ręcznikiem, aby woda dłużej zachowała wysoką temperaturę, stawiamy w miednicy na krześle obok łóżka. Wlewamy do dzbanka wrzącej wody do pełna i dodajemy przepisane lekarstwo. Nakładamy tubę na dzbanek, drugi otwór chory kieruje sobie do ust i nosa.

O ile tuba jest szczelna, para z dzbanka powinna się ulatniać około pól godziny.

Budka czyli namiot do inhalacji

stosowany, o ile inhalacja ma trwać dłuższy czas, np. dla dzieci chorych na krup.

Przybory

parawan trójskrzydłowy,

bandaż około 4-metrowy,

2—3 koce,

2—3 prześcieradła,

saganek 2—3 litrowy (ewentualnie elektryczny),
agrafki,
kuchenka gazowa, albo prymus, lampka spirytusowa, lub płytka elektryczna,
długa rurka z papieru pakunkowego, równo zwinięta, dopasowana do dzióbka saganka, albo dopasowany doń dren odpowiedniej długości.

Postępowanie

Budka. Wezgłowie łóżka, otaczamy parawanem, tworzącym trzy ściany budki. Ponad łóżkiem przeciągamy kilkakrotnie bandaże, przywiązując je do bocznych skrzydeł parawanu tak, aby tworzyły rodzaj rusztowania pod daszek, który tworzymy z koców. Te ostatnie nakrywają dach i zwisają z boków i z tyłu budki aż do linii materaca, a z przodu tak, aby się utworzyła u dołu szczelina, szerokości około 50 cm., przez którą może dochodzić powietrze. Koce szczelnie upinamy agrafkami, pozostawiając z jednego boku ponad i poza głową chorego odgraniczoną agrafkami, wąską szczelinę, przez którą wsuniemy rurkę. Koce dla większej szczelności odkrywamy prześcieradłami. (Nie kładziemy prześcieradeł bez koców, ponieważ są mniej hygroskopijne od koców i para, osiadająca na nich, skraplałaby się i opadała na chorego).

Poza budką ustawiamy saganek na prymusie (gazie i t. p.) na stoliku, i nalewamy doń wody (nie pokrywając wodą wewnętrznego ujścia dzióbka, aby para mogła swobodnie wychodzić). Nakładamy rurkę. Gdy para zacznie uchodzić, wsuwamy rurkę przez górną szczelinę między kocami do budki. Woda w saganku musi się stale gotować, należy więc dolewać wrzątku.

Uwaga: Przy każdej inhalacji należy pilnować, aby chory nie uległ poparzeniu, oraz aby nie było pożaru. (Ciąg dalszy nastąpi).

Z żałobnej karty

Ś. P. ANNA NAGÓRSKA

Dnia 30. X. 1937 r. zmarła ś. p. Anna Nagórska, siostra Czerwonego Krzyża, absolwentka III Kursu Warszawskiej Szkoły Pielęgniarstwa.

Szpital Czerwonego Krzyża w Warszawie, w którym niemal do końca pracowała, stracił w Niej nie tylko świetną pracownicę, ale i duszę zacną, pogodną, stracił serce ofiarne i gorące. Należała Ona do tego typu pielęgniarek, które nie wysuwają się naprzód, które chowają się w cieniu, a w cieniu codziennych obowiązków świecą przykładem — same o tym nie wiedząc.

Ś. p. Anna Nagórska urodziła się w roku 1889. Ukończyła gimnazjum Sióstr Urszulanek w Tarnowie. W r. 1911 wstąpiła do Szkoły Pielęgniarstwa Czerwonego Krzyża we Lwowie, jednej z pierwszych uczelni pielęgniarstwa w Polsce, gdzie po roku otrzymała dyplom.

W tymże czasie, wiedziona głębokim patriotyzmem, zapisuje się do Związku Strzeleckiego i bierze czynny udział w jego działalności. Z początkiem wojny pracuje jako pielęgniarka w Związku Strzeleckim, następnie w szpitalach Legionów Marszałka Piłsudskiego, od roku 1916 w kolumnach i szpitalach epidemicznych na terenie okupacji austriackiej. W roku 1918 przechodzi do szpitali Wojsk Polskich i do frontowych czołówek, w których przechodzi ciężki tyfus.

Annie Nagórskiej nie wystarcza przez długie lata nabyte doświadczenie: w samych początkach naszego nowoczesnego ruchu orientuje się,

że podwaliną pod wszelką pracę pielęgniarską musi być ukończenie szkoły, stojącej na należytym poziomie. Z końcem więc roku 1922 wraz z siostrą Swoją, p. Heleną Nagórską (późniejszą dyrektorką aż do roku 1937 Szkoły Pielęgniarstwa P. C. K. w Warszawie), wstępuje do Warszawskiej Szkoły Pielęgniarstwa, którą kończy w roku 1924. Uzyskawszy pełne wyszkolenie zawodowe, pracuje kolejno w ambulatorium P. K. O. w Warszawie, w Zakładzie Leczniczym w Grodzisku, w III Ośrodku Zdrowia w Warszawie, a od roku 1930 — w Szpitalu Czerwonego Krzyża w Warszawie. Tu w szpitalu ta pełna prawdziwego powołania pielęgniarka czuje się w swoim żywiole. Obdarzona niepospolitym zmysłem administracyjnym reorganizuje dział gospodarczy: kuchnie i pralnie szpitalne stają się pod Jej kierunkiem modelami. Ostatnio pracuje jako siostra oddziałowa na oddziale chirurgicznym. Szczególnym Jej umiłowaniem była biblioteka dla chorych, na którą obracała Swe własne fundusze.

Do tej zawsze czynnej, niestrudzonej i twórczej pracownicy zwracano się niejednokrotnie z propozycją objęcia wyższych stanowisk — lecz Ona wolała skromniejsze, bliższe łóżka chorego.

Ś. p. Anna Nagórska odeszła przedwcześnie, żegnana głębokim żalem nie tylko Swoich najbliższych — ale tych wszystkich, co się z Nią zetknęli czy to w pracy, czy w życiu koleżeńskim. Pozostanie dla nich na zawsze wzorem pielęgniarki w jej najszczytniejszym pojęciu, bo przesiąkniętej bezinteresownością i prawdziwą miłością bliźniego.

Od Sióstr Szpitala Szkolnego Centrum Wychowania Sanitarnego Redakcją otrzymała poniższe wspomnienie:

Ś. P. HELENA CZAPKIEWICZ

Dnia 4 b. m. zmarła siostra Polskiego Czerwonego Krzyża ś. p. Helena Czapkiewicz.

Urodzona w 1898 r. w Samarze, lata dziecinne i pierwszą młodość spędziła na obczyźnie. Po ukończeniu gimnazjum zamieszkała z rodzicami w Omsku, gdzie pracowała do końca 1921 roku w charakterze biuralistki. Wcześnie zaczęła ujawniać zamiłowanie do samarytańskiej pracy pielęgniarskiej. Dla wszystkich miała słowa pociechy, pielęgnowała chorych, jak umiała, i bez zastanowienia gotowa była podzielić się z każdym potrzebującym Swymi skromnymi zasobami materialnymi.

W marcu 1922 r., po śmierci ojca, przyjechała z matką do Polski i zgodnie ze Swym zamiłowaniem, wstąpiła na Kursa Macierzyste Sióstr Polskiego Czerwonego Krzyża w Warszawie. W czasie studiów i po ich ukończeniu podejmowała się prywatnych dyżurów przy ciężko chorych, zarabiając w ten sposób na utrzymanie Swoje i matki. Od 19 lutego 1923 r. pracowała w charakterze siostry salowej w Szpitalu Szkolnym Centrum Wyszkolenia Sanitarnego (były Ujazdowski) w Warszawie.

W pracy Swej, ujawniała zawsze te same zalety — zrozumienie psychologii chorego, umiejętność podejścia do niego, wczucie się w jego niedolę i chęć ulżenia jego cierpieniom, łagodną, troskliwą, fachową opiekę. Pracowała zawsze z zaparciem się siebie i z zadziwiającą sumiennością i dokładnością wykonywała Swoje obowiązki i zlecenia lekarskie, czym zjednała ogólną sympatię i zaufanie.

Wśród pracy nad siły ofiarna Siostra zapadła na cukrzycę. Lecz pracowała nadal tak, że chorzy nie zdawali sobie sprawy, że Ta, co łagodzi

ich cierpienia, jest sama cierpiącą. Została zwolniona ze służby dnia 31 sierpnia 1937 r. z powodu złego stanu zdrowia, gdyż dołączyła się do Jej cierpienia — gruźlica. Pomimo stosowania wszelkich możliwych środków leczniczych, życie jej gasło stopniowo i dnia 4 listopada oddała Swą piękną duszę Bogu w tym samym szpitalu, w którym przez tyle lat pracowała ofiarnie.

Nie przeszła przez życie bez śladu: wdzięczność tych, którymi się opiekowała, pozostanie. Żegna Ją gorzkimi łzami osierocona matka, żegna szczery żal i uznanie przełożonych i koleżanek.

Cześć Jej pamięci!

Zagraniczne studia dla pielęgniarek

Dla pielęgniarek dyplomowanych otwierają się **możliwości dalszych studiów w dziale pielęgniarstwa domowego za granicą.**

Mianowicie Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Zawodowych nawiązało kontakt z Królewskim Instytutem Pielęgniarskim w Anglii, który przyjmuje cudzoziemki na przeszkolenie praktyczne. Królewski Instytut Pielęgniarek, założony został w 1887 r. Posiada centralę w Londynie, oddziały w Szkocji i Irlandii. Jego zakres działania obejmuje **pielęgnowanie po domach chorych niezamożnych.** Oprócz miesięcznego wynagrodzenia, pielęgniarkom Instytutu przysługuje mieszkanie i utrzymanie w ich własnym home'ie, środki lokomocji (auto lub rower), oraz umundurowanie (granatowe: suknia, płaszcz, kapelusz, czarne obuwie i pończochy). — Pielęgniarki, zanim zostaną przyjęte na stałe do Instytutu, muszą przejść 6-miesięczną bezpłatną praktykę, po jej ukończeniu dopiero otrzymują posady etatowe, jednak przez pierwszy rok wynagrodzenie ich jest niskie — w ten sposób wyrównany jest koszt praktyki.

Na praktyczne płatne przeszkolenie mogą być również przyjmowane cudzoziemki, muszą one jednak uzyskać pozwolenie angielskiego Ministerstwa Pracy na płatne zatrudnienie w Anglii.

Pielęgniarki z Polski, które reflektowałyby na wyjazd do Anglii powiadamiamy, że koszty podróży do Anglii wynoszą około 110 zł., oprócz paszportu i wiz; w razie nie uzyskania pozwolenia na pracę zarobkową, pielęgniarki powinny rozporządzać około 80 zł. miesięcznie na drobne wydatki.

Informacyj bliższych udziela Sekretariat P. S. P. Z. Warszawa, Koszykowa 78.

Varia

JAK ZAPOBIEGA GDYNIA OKRĘTOWYM CHOROBOM ZAKAŹNYM?

W nrze 5-tym 1937 r. „Zdrowia Publicznego" dr. Zdzisław Teisseyre, lekarz portowy w Gdyni, pisze o „możliwości zawleczenia do Polski chorób zakaźnych drogą morską i o środkach zapobiegawczych stosowanych w porcie Gdynia". Temat ten, jako nowy i mało znany, nie wątpimy, że zainteresuje naszych Czytelników i sam w sobie i dlatego, że tyczy Gdyni — polskiego „okna na świat".

Dwie są drogi, którymi statki wchodzą na Bałtyk. Statki, które przebywają pierwszą drogę, przez kanał Kiloński, podlegają kontroli sanitarnej w Kilonii, natomiast statki, wchodzące przez Kategat, idą nie kontrolowane aż do Gdyni. Jest w tym pewne ryzyko, ponieważ istnieje możliwość zawleczenia chorób zakaźnych z portów Afryki i Ameryki południowej i środkowej. To samo mniej więcej dotyczy statków, które wyszły z Dalekiego Wschodu i Indii, bo wprawdzie w Suezie istnieje inspekcja sa-

nitarna, ale czas 10—14 dni, jaki dzieli Suez od Gdyni wystarczy na przejście niedostrzeżonego w Suezie okresu inkubacji wielu chorób zakaźnych.

W kwietniu 1935 r. Komitet Stały Międzynarodowego Biura Higieny zorganizował służbę bezpośredniego zawiadamiania lekarzy portowych o stanie sanitarnym statków, udających się do danego portu, a to za pomocą depesz z tego portu, w którym kontroli dokonano, oraz sygnałów flagowych i świetlnych według umówionego schematu. Statki, wchodzące z sygnałem flagowym t. zw. kwarantannowym, podlegają ścisłej inspekcji lekarskiej, a podróżni i załoga — szczegółowemu badaniu, zwłaszcza, jeżeli należą do ras kolorowych.

Z kolei autor przechodzi do omówienia poszczególnych chorób, najpierw nie ściśle kwarantannowych, a więc nie podpadających pod restrykcje Międzynarodowej Konwencji Sanitarnej z 1926 r., lecz w razie zawleczenia, grożących niebezpieczeństwem.

Zimnica: Zdarzały się wypadki, że komary (anofelesy) podróżowały na ścianach kabin i korytarzy okrętowych. Wprawdzie statki stoją w porcie w odległości do 3 km. od lądu, odległość tę może jednak przebyć komar, a wilgotne okolice Gdyni byłyby dogodnym miejscem zaaklimatyzowania się dla anofelesów. W wypadku zimnicy na statku, komary unieszkodliwia się za pomocą rozpylania flitu i t. p., chorych umieszcza się w szpitalu kwarantannowym pod gęstymi zasłonami; załoga podlega obserwacji.

Dur i krwawa biegunka. Zapobiega się ich szerzeniu za pomocą szczegółowej dezynfekcji oraz usuwania chorych i podejrzanych ze statku, także przez niszczenie wszystkich wolnych zapasów żywności (jak mięso, jarzyny) oraz szczepienie całej załogi.

Wąglik przenosi się w transportach wełny i skór z Ameryki Pol. i Australii. Transportów nie zaopatrzonych świadectwem lekarskim, stwierdzającym, że w okolicy skąd towar pochodzi, nie było wypadków wąglika, nie wolno wyładowywać. Wypadki tej choroby są bardzo rzadkie, w razie podejrzenia, robotnicy, pracujący przy wyładunku, muszą pracować w skórzanych rękawicach, a towar uprzednio podlega dezynfekcji.

Zaraza papuzia występuje bardzo rzadko, mimo to papugi od r. 1936 podlegają po wylądowaniu obserwacji, po której dopiero mogą wrócić do właściciela.

Choroby ściśle kwarantannowe:

Żółta febra, która na ogół nie wchodzi w rachubę w Europie Środkowej i Północnej, ponieważ komar-roznosiciel ginie w temperaturze niższej niż 20° C.

Dur plamisty. Stwierdzenie wypadku pociąga za sobą szczegółowe odwszenie załogi i pasażerów kl. III oraz obserwację osób, które miały styczność z chorym, prócz tego stosuje się na całym statku dezynfekcję cjano-wodorową.

Ospa. Wobec przymusu w Polsce szczepień ochronnych jest ona bardzo rzadka. W razie wyjazdu do krajów tropikalnych należy się jednak wykazać świadectwem szczepienia. Gdynię ta sprawa dotyczy o tyle, że w porcie londyńskim co roku notują kilkanaście wypadków, a odległość z Londynu do Gdyni przebywa się w 2—3 dniach. W razie wypadku statek zatrzymuje się na kwarantannie, wszyscy podlegają szczepieniu i obserwacji, a chorzy i ci, którzy się z nimi stykali, udają się do szpitala kwarantannowego.

Cholera w Europie jest bardzo rzadka, a możliwość zawleczenia jej przez osoby chore drogą morską jest prawie niemożliwa, ze względu na krótki okres inkubacji (12—48 godzin), oraz obowiązek pozostawienia chorego w najbliższym porcie i odbycia tamże kwarantanny. Natomiast groźniejszą możliwość przeniesienia cholery posiada woda. Statki, które opuszczają port, niedostatecznie obciążone, nabierają wody w specjalne tanki balastowe dla pożądanego zanurzenia statku. Ponieważ czysta woda jest w portach bardzo droga, pompuje się do tanków wodę z basenów portowych, które w krajach tropikalnych mogą być zakażone prątkami cholery. Woda, wylana w następnym porcie, może go zakazić (epidemia cholery w Hamburgu w 1892 roku). — Zapobieganie szerzeniu się cholery polega na umieszczeniu chorych i podejrzanych w szpitalach kwarantannowych oraz na zastosowaniu szczepień i obserwacji 5-dniowej dla pozostałych osób, dezynfekcji statku, chlorowaniu wody i niszczeniu zapasów żywności.

Dżuma jest najgroźniejsza i najłatwiej przenośna na okrętach; ogniwa zakażenia to szczur — pchła — człowiek. We wszystkich portach świata jest olbrzymia ilość szczurów, a jeden zadżumiony szczur staje się ogniskiem zarazy w porcie. Szczur sam przez się nie jest groźny, natomiast niebezpieczne są pchły, przechodzące ze szczurów na ludzi. Zadżumione pchły zachowują zdolność zakażania przez parę tygodni. W wypadku pojawienia się dżumy, jedynie pewną bronią jest jak najsumienniejsza deratyzacja (wytępienie szczurów). Specjalnie rygorystycznie przeprowadza się kontrolę w Gdyni w stosunku do statków, przybywających z krajów tropikalnych i Dalekiego

Wschodu. Po oględzinach lekarza portowego, w czasie wyładunku statek jest pod stałą opieką inspektora deratyzacji, pomost prowadzący ze statku na brzeg lakierowany jest na biało i oświetlony w nocy, bo szczury unikają jasnych przejść, i stale strzeżony, celem zapobieżenia wylądowaniu szczurów. Prócz tego stosuje się deratyzację za pomocą cjanowodoru.

Port gdyński, dzięki specjalnym zarządzeniom i systematycznemu odszczurzaniu należy do najmniej zaszczurzonych portów świata, a obiekty portowe są budowane ze specjalnym uwzględnieniem wskazań, utrudniających zagnieżdżenie się szczurów.

Następujące są najważniejsze urządzenia, jakimi rozporządza sanitariat portowy w Gdyni:

1) Zakład kwarantannowy, w miejscu odosobnionym, posiadający także swoje własne molo i dojazd od strony morza. Zakład obejmuje komory dezynfekcyjne i dezynsekcyjne dla ludzi i przedmiotów, fryzjernię, łazienki oraz pomieszczenie dla 80—120 łóżek.

2) Stacja deratyzacji, dezynfekcji, dezynsekcji mieści się w obrębie portu.

3) Portowa stacja epidemiologiczna (w stadium przygotowawczym), zadaniem której będzie dokonywanie analiz bakteriologicznych, serologicznych oraz badania epidemiologiczne.

4) Portowa przychodnia przeciwweneryczna dla marynarzy, z której korzystają bezpłatnie marynarze polscy i wszyscy obcy, otrzymując też darmo leki, na zasadzie ratyfikowania przez Polskę Międzynarodowego Porozumienia w Brukseli z r. 1924 w sprawie zwalczania i zapobiegania chorobom wenerycznym u marynarzy.

Kończąc, autor zapewnia, że Gdynia będąc największym portem na Bałtyku, a jednym z większych w Europie, posiada dobre urządzenia sanitarne, przy czym prace w tej dziedzinie trwają nadal, dla osiągnięcia zupełnego bezpieczeństwa.

B. Świacka
Abs. U. S. P. i H.

Kronika pielęgniarska

SPRAWOZDANIE SAMORZĄDU UNIWERSYTECKIEJ SZKOŁY PIELĘGNIAREK W KRAKOWIE ZA OKRES OD DNIA 30 PAŹDZIERNNIKA 1936 R. do 30 LIPCA 1937 ROKU

Samorząd na terenie Szkoły został zorganizowany w 1934 r., biorąc na razie za podstawę Statut Samorządu Szkoły Pielęgniarek w Filadelfii. Obecnie posiada już własny Statut, dostosowany do potrzeb lokalnych.

W skład Samorządu wchodzi tyle członkiń, ile jest uczennic, albowiem zostają nimi automatycznie wszystkie nowoprzyjęte do Szkoły kandydatki. Zarząd składa się z przewodniczącej, wiceprzewodniczącej, sekretarki, skarbniczki, przewodniczącej komisji rewizyjnej, przwodniczącej sądu koleżeńskiego, oraz kierowniczek poszczególnych sekcyj. Samorząd posiada sekcje: 1) kulturalno-oświatową, 2) charytatywną, 3) sklepikową. Każdorazowy zarząd sprawuje władzę przez pół roku, przy czym wybór nowego odbywa się na Walnym Zebraniu. Zebrania zarządu odbywają się raz na miesiąc (oraz w razie potrzeby). Zebrania ogólne wszystkich członków odbywają się co dwa miesiące.

Praca Samorządu szła w kierunku wymienionych w statucie celów, a mianowicie: 1) przygotowania członkiń do pracy społecznej; 2) organizowania życia koleżeńskiego; 3) samopomocy w zakresie kulturalno-oświatowym.

Dla osiągnięcia powyższych celów służyły zebrania Zarządu i ogólne, oraz praca w poszczególnych sekcjach. Zebrań ogółem było 9, w tym ogólnych 3, przy obecności jednej trzeciej członkiń, Zarządu — 6. Na zebraniach załatwiano wszelkie bieżące sprawy samorządu oraz opracowywano sposoby pracy poszczególnych sekcyj — według z góry ułożonego programu.

Praca w sekcjach: **Sekcja kulturalno - oświatowa** prowadziła bibliotekę (własność Samorządu), prenumerowała I. K. C., oraz starała się o ile możności ułatwić wszystkim Koleżankom poznanie zabytków Krakowa. Ponadto zorganizowała cały szereg wycieczek w okolice Krakowa, jak do Skały Kmity, Tyńca, Mogiły, Bielan, Ojcowa,

Sekcja charytatywna pracowała głównie poza Szkołą. Współpracowała z Kołem Przyjaciół Uniw. Ośrodka Zdrowia, przeprowadzając zbiórkę odzieży na pomoc zimową. Dokonywała ochotniczo prywatnej pielęgnacji domowej (np. przez szereg miesięcy u chorej na skrzepy). (Należy tu podkreślić, że skromne sprawozdanie nie obrazuje w pełni pracy Samorządu. Od chorej na skrzepy, pielęgnowanej przez członkinie Sekcji, wiemy, że pielęgnacja trwała 6 miesięcy, przy czym zabiegi wymagały obecności przynajmniej dwu pielęgniarek, które codzień znajdowały czas na spędzenie u chorej paru godzin (obok normalnej pracy w szpitalu lub ośrodku zdrowia), a pielęgnowały ją jak najlepiej i najdelikatniej. Przyp. Red.)

Sporadycznie Sekcja zajmowała się pieczeniem ciast dla chorych na klinice laryngologicznej i na oddziale zakaźnym. W sprawie tej wyjaśniamy, że przebywanie na oddziale laryngologicznym i zakaźnym jest dla chorych bardzo ciężkie, gdyż na pierwszym warunki pomieszczenia oraz opieki pielęgniarskiej są opłakane, zaś na drugim chorych nie wolno odwiedzać. To też specjalne zaopiekowanie się właśnie tymi oddziałami świadczy o serdecznym zatroskaniu się o chorych. Przyp. Red.).

Sklepik Samorządu zaopatrywał uczennice w przybory toaletowe, szkolne, do szycia. Dochód ze sklepiku częściowo przeznaczono na zakupno nowych towarów, pewną część przeznaczono na radio, a sumę 20 zł. złożono na cele Koła Przyjaciół Uniw. Ośrodka Zdrowia, zamiast pożegnania koleżanek jednego z kursów.

Prócz pracy w sekcjach, w miarę potrzeby zawiązywały się komitety, mające na celu urządzenie pewnych imprez, jak: „Andrzejki“, „św. Mikołaj“, „Gwiazdka“, dancingi, herbatki zapoznawcze dla kursu wstępnego.

W tym roku Zarząd ostatecznie załatwił sprawę własnego statutu. W tym celu wyłoniła się z ramienia Zarządu specjalna Komisja Statutowa, złożona z Koleżanek: Kogutowskiej, Maruskiewiczówny i Gałęzyczanki, które opracowały statut, który następnie z małymi poprawkami zatwierdziło Walne Zebranie w porozumieniu z Dyrekcją Uniwersyteckiej Szkoły Pielęgniarek.

Tak samo ostatecznie załatwiono sprawę sądu koleżeńskiego, również zatwierdzonego przez Walne Zebranie. Ma on swój własny regulamin, a składa się z przedstawicielek wszystkich kursów (po jednej z każdego kursu). Celem jego jest załatwianie wszelkich spraw, wynikających ze współżycia uczennic na terenie szkoły i na terenie pracy. Do tego celu służy t. zw. „skrzynka zażaleń“ umieszczona na tablicy Samorządu, do której zainteresowane uczennice wrzucają pisemnie opracowane sprawy.

Zaznaczyć należy nader przyjacielskie ustosunkowanie się Dyrekcji USP. do spraw Samorządu i jej wydatną współpracę.

Program pracy na najbliższy okres przedstawia się następująco:

1) Uporządkowanie administracji,
2) zwiększenie obrotów w sklepiku,
3) zorganizowanie pokazu higienicznego dla publiczności (głównie dla szkół),
4) współpraca z Towarzystwem „Ratujmy Matki i Niemowlęta“ w jego żłóbku,
5) współpraca z organizacją harcerską,
6) założenie drużyny starszo-harcerskiej na terenie Szkoły.

Za Zarząd

I. Gałęzyczanka, sekretarka — **Z. Mazurkiewiczówna**, przewodnicząca

Skład Zarządu obecnego przedstawia się następująco:

przewodnicząca — kol. A. Gałęziowska, wiceprzewodnicząca — kol. J. Ziółkówna, sekretarka — kol. S. Wroniewska, skarbniczka — kol. Gałkówna.

Sekcja kulturalno-oświatowa: kol. Stankiewiczówna i Tucholke.

Sekcja charytatywna — kol. Kirchnerówna, kol. Romerówna; sklepik: — kol. Krzemińska, Tyrkalska, Osadnikówna.

Komisja rewizyjna: — kol. Gałęzyczanka, Jarząbówna i Chudziakówna.

Sąd koleżeński: — kol. Stocka, Marchewczyńska, Węglowska, Groelle, Włóczkówna.

Redaktor i wydawca odpowiedzialny: Hanna Chrzanowska.

Adres Administracji: Maria Starowieyska. Kraków, ul. św. Krzyża L. 11.

Drukarnia Krakowskich Zakładów Graficznych i Wydawniczych pod zarz. R. Ferka Kraków, św. Krzyża 11.